

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Expectativas parentais acerca da Psicoterapia com crianças
e adolescentes**

Vânia Pamela Simões Sioga

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-
Comportamental e Integrativa)**

2017

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Expectativas parentais acerca da Psicoterapia com crianças
e adolescentes**

Vânia Pamela Simões Sioga

Dissertação Orientada pela Professora Doutora Isabel de Sá

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-
Comportamental e Integrativa)**

2017

Agradecimentos

À minha orientadora, a Professora Doutora Isabel Sá, pela supervisão, pela transmissão de conhecimento e pelo voto de confiança que permitiram o meu crescente interesse pelo tema desta dissertação e uma motivação que me levou a querer procurar e escrever sobre o mesmo sempre mais e mais.

À minha orientadora de estágio, a Professora Doutora Luísa Bizarro. Foi a propósito de estarmos a discutir a importância de eu analisar as expectativas dos pais, acerca do acompanhamento psicológico dos filhos, nas minhas sessões, que o meu interesse por este tema, aqui trabalhado, despoletou.

Ao Serviço Aberto à Comunidade da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, palco das minhas primeiras experiências clínicas, enquanto Psicóloga estagiária, e cujos pais com que nele me cruzei me fizeram ver na prática a importância do tema aqui discutido.

A todos os pais que participaram neste estudo, e sem os quais, nada disto seria possível. As opiniões que, amavelmente, me deram a conhecer sobre o tema em estudo, devolvo-vos, meticolosamente refletidas e trabalhadas, na esperança de ajudar ao vosso papel, tão fundamental, na vida dos vossos filhos!

Aos meus queridos irmãos e ao meu pai. Obrigado pelo apoio, pelo incentivo, e pela tranquilização dada, não só nas alturas em que mais acreditei em mim e não tive dúvidas de que concretizaria o meu objetivo, mas também nas alturas em que o medo tomou conta de mim e pensei que não chegaria ao fim. Deixo-vos esta tese como prova de que o mais importante não é de onde vimos, mas sim para onde vamos, e de que todas as nossas limitações, trabalhadas e ultrapassadas, se podem transformar em coisas mágicas!

À minha tia Ana pelo carinho demonstrado ao longo destes 24 anos de vida! E acima de tudo, muito obrigada pela ajuda sem preço que me deste na recolha de dados para por este trabalho a andar!

À minha restante família: avó Ana, tia Angélica, primo Carlos, prima Eduarda, entre outros. Obrigada por fazerem parte da minha vida e por terem acreditado em mim!

À D. Antónia e ao Senhor Feijó, que como uma segunda família, sempre me apoiaram e acharam que eu seria capaz!

À Clara, da qual tenho imensas saudades. Embora separadas pelo destino, as memórias que tenho de si nunca se apagarão! Obrigada por um dia me ter considerado “a sua menina”, por sempre me ter incentivado a “acabar o curso”, mesmo com os obstáculos que a vida de proporcionou no começo deste ano e por, incansavelmente, me ter ajudado a recolher uma generosa parte dos dados trabalhados nesta investigação!

Ao Daniel, pelo significado que, um dia, tiveste na minha vida. Obrigada pelo amor que me deste, pela força e por, acima de tudo, teres estado presente durante grande parte do meu percurso académico!

À Doutora Rita. Ela que já não estando presente na minha vida, me transmitiu a força e a coragem necessária para ultrapassar os monstros da minha vida, acreditando sempre, sem manifesto de dúvida, de que eu iria ser capaz de fazer isto. Pois bem, fui mesmo!

Por fim, à minha mãe (perdoa-me pelas palavras). A sua complexidade enquanto ser humano não só funciona, cada vez mais, como um incentivo para eu querer ser psicóloga, como reforça, igualmente, a importância deste trabalho.

A todos, o meu grande e sincero Obrigada!

Resumo

As expectativas dos pais acerca da Psicoterapia com crianças e adolescentes são extremamente importantes para o envolvimento de ambos na primeira, dado serem os pais quem decide, geralmente, iniciar e continuar a Psicoterapia. A forma como as expectativas parentais impactam variáveis relativas ao processo e ao resultado da Psicoterapia infantojuvenil tem sido alvo de diversos estudos, assim como a relação entre essas expectativas e diversas características dos pais e dos filhos. O presente estudo tem por objetivo analisar as expectativas parentais acerca da Psicoterapia infantojuvenil, através de uma medida construída para o efeito, e analisar a relação entre essas expectativas e as características dos pais e dos filhos.

Participaram neste estudo 133 mães e 97 pais com idades compreendidas entre os 19 e os 74 anos. A avaliação das expectativas dos pais e as características destes e dos filhos foi feita através do Questionário de Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia Infantojuvenil (QEPPI) e uma Folha de Informação Geral, completados pelos pais.

A análise dos resultados revela que: 1) o QEPPI é uma medida internamente consistente composta por duas componentes que avaliam as expectativas parentais, 2) a maioria dos pais tem expectativas elevadas e/ou precisas relativamente à Psicoterapia infantojuvenil, 3) existe uma relação significativa entre expectativas mais elevadas e/ou precisas, o sexo e nível sociocultural dos pais, e a idade, sexo e acompanhamento psicológico dos filhos, mas não entre as expectativas e a idade, etnia e o acompanhamento psicológico dos pais.

Os resultados sugerem que o QEPPI é uma boa medida das expectativas parentais, a ser aplicada no decurso da Psicoterapia infantojuvenil, de forma a identificar e intervir sobre as expectativas dos pais. Sugerem também que os pais, na generalidade, são bastante conhecedores da Psicoterapia infantojuvenil, não obstante em alguns grupos de pais esse conhecimento ser ainda maior.

Palavras-chave: Expectativas Parentais; Psicoterapia; Psicoterapia Infantojuvenil; Crianças e Adolescentes.

Abstract

Typically, parents decide to initiate and continue Child Psychotherapy. Thus, Parents' Expectancies about Child Psychotherapy are of primary importance regarding the parents and the child involvement in the first one. Previous research on parents' expectations has focused on the relation between parents' expectancies and the therapy process and outcome, as well as between parents' expectancies and several parent and child characteristics. The present study aims to characterize parents' expectancies about child psychotherapy by means of the development of a new measure of parents' expectancies, and examine the relation between parents' expectancies and parent and child characteristics.

One hundred and thirty parents (133 mothers and 97 fathers) aged between 19 and 74 participated in this study. To evaluate the parents' expectations, and the relation between those expectancies and parent and child characteristics, parents completed the Questionário de Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia Infantojuvenil (QEPPI) and a General Information Sheet.

The results indicated that the QEPPI is a internally consistent measure composed of two components that measure parents' expectancies of child psychotherapy, 2) most of the parents have high and/or accurate expectancies of Child Psychotherapy; 3) Higher and/or more accurate expectancies are related to parent age, gender and educational status, as well as related to child age, gender and therapy attendance record, but not related to child age, ethnicity and therapy attendance record.

The results suggest that the QEPPI is a good measure of parents' expectancies that should be applied over the course of the Child Psychotherapy to identify and intervene on parents' expectancies. The results also suggest that, in general, parents are quite knowledgeable about child psychotherapy, although in some parents' groups the knowledge was found to be even bigger.

Key words: Parent Expectancies; Psychotherapy; Child Psychotherapy; Children and Adolescents

Índice Geral

Agradecimentos	I
Resumo	III
Abstract.....	IV
Índice de Figuras	VIII
Índice de Tabelas.....	IX
Índice de Anexos	XI
Lista de Siglas.....	XII
Notas de Rodapé.....	XIII
1. Introdução.....	1
2. Revisão de Literatura.....	3
2.1. Características da Psicoterapia com Crianças e Adolescentes	3
2.1.1. A Motivação e a Consciência do Problema.....	3
2.1.2. O Papel Determinante dos Adultos	4
2.1.3. O Alvo da Intervenção.....	6
2.2. Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia com Crianças e Adolescentes ...	8
2.2.1. O Conceito de Expectativas.....	8
2.2.2. O Impacto das Expectativas Parentais na Psicoterapia	9
2.2.3. O Impacto da Modificação da Precisão das Expectativas Parentais	16
2.2.4. Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia e características sociodemográficas dos Pais e dos Filhos	18
2.2.5. Medidas de Avaliação das Expectativas.....	23
2.2.5.1. Medidas de Avaliação das Expectativas Parentais.....	23
2.2.5.2. Medidas de Avaliação das Expectativas Dirigidas a Outras Populações.....	25
3. Metodologia.....	28

3.1.	Desenho da Investigação	28
3.2.	Objetivos Gerais, Questões e Hipóteses de Investigação	28
3.3.	Instrumentos.....	30
3.3.1.	Caraterísticas dos Pais e dos Filhos	30
3.3.2.	Questionário de Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia Infantojuvenil (QEPPI).....	30
3.4.	Amostra.....	32
3.5.	Procedimento	34
4.	Resultados	35
4.1.	Análise das Qualidades Psicométricas do QEPPI.....	35
4.1.1.	Análise da Estrutura Fatorial do QEPPI.....	35
4.1.2.	Análise da Consistência Interna do QEPPI	39
4.1.3.	Análise Descritiva das Dimensões do QEPPI	40
4.1.4.	Análise das Intercorrelações das Dimensões do QEPPI.....	40
4.2.	Análise das Expectativas Parentais.....	40
4.3.	Análise da Relação entre as Expectativas Parentais e as Caraterísticas dos Pais e dos Filhos.....	41
4.3.1.	Expectativas Parentais e Caraterísticas dos Pais	41
4.3.1.1.	Idade e Sexo dos Pais.....	41
4.3.1.2.	Etnia dos pais.....	43
4.3.1.3.	Nível Sociocultural dos Pais.....	44
4.3.1.4.	Acompanhamento Psicológico dos Pais.....	47
4.3.2.	Expectativas Parentais e Caraterísticas dos Filhos	49
4.3.2.1.	Idade e Sexo dos Filhos.....	49
4.3.2.2.	Acompanhamento Psicológico dos Filhos.....	54
5.	Discussão	57
6.	Considerações Finais.....	68

6.1.	Limitações e Investigações Futuras	68
6.2.	Conclusão Geral.....	69
6.3.	Implicações para a Teoria e Prática Clínica.....	71
7.	Referências Bibliográficas	73

Índice de Figuras

<i>Figura 1. Screeplot</i> obtido na Análise Fatorial Exploratória do QEPPI.....	36
---	----

Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Síntese dos questionários utilizados como referência para a construção de itens do Questionário de Expectativas Parentais acerca a Psicoterapia Infantojuvenil (QEPPI).....</i>	Anexo C
Tabela 2. <i>Quadro síntese dos itens do QEPPI por escala.....</i>	32
Tabela 3. <i>Caraterização da amostra do estudo.....</i>	Anexo D
Tabela 4. <i>Análise Fatorial do QEPPI (rotação Varimax normalizada).....</i>	37
Tabela 5. <i>Média, Desvio Padrão, Valor Mínimo e Máximo, Consistência Interna e Correlações das Dimensões do QEPPI.....</i>	40
Tabela 6. <i>Frequências de resposta a cada um dos itens do Questionário de Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia Infantojuvenil (QEPPI).....</i>	Anexo H
Tabela 7. <i>Resultados da ANOVA a dois fatores para as componentes das Expectativas Parentais, tendo em conta o Grupo Etário e o Sexo dos Pais.....</i>	43
Tabela 8. <i>Resultados da ANOVA a dois fatores para as componentes das Expectativas Parentais, tendo em conta o Grupo Étnico e o Sexo dos Pais.....</i>	44
Tabela 9. <i>Resultados da ANOVA a dois fatores para a componente “Ganhos Esperados pelo Cuidador”, tendo em conta o Nível Sociocultural e o Sexo dos Pais.....</i>	45
Tabela 10. <i>Resultados da ANOVA a dois fatores para o rank da componente “Expectativas Positivas”, tendo em conta o Nível Sociocultural e o Sexo dos Pais.....</i>	46
Tabela 11. <i>Estatísticas Descritivas para o Nível Sociocultural dos Pais, tendo em conta o rank da componente “Expectativas Positivas”.....</i>	46
Tabela 12. <i>Comparações Múltiplas da ANOVA a dois fatores das Médias das Ordens da componente “Expectativas Positivas”, tendo em conta o Nível Sociocultural dos pais.....</i>	47
Tabela 13. <i>Resultados do teste de Wilcoxon Mann-Whitney para a componente “Expectativas Positivas”, relativamente ao Sexo dos pais.....</i>	47

Tabela 14. <i>Resultados da ANOVA a dois fatores para as componentes das Expectativas Parentais, tendo em conta o Acompanhamento Psicológico e o Sexo dos Pais.....</i>	49
Tabela 15. <i>Resultados da ANOVA a três fatores para as componentes das Expectativas Parentais, tendo em conta o Grupo Etário do Primeiro Filho, o Sexo do Primeiro Filho e o Sexo do Pai.....</i>	51
Tabela 16. <i>Estatísticas Descritivas para o Grupo Etário do Primeiro Filho, tendo em conta a componente “Ganhos Esperados pelo Cuidador”.....</i>	52
Tabela 17. <i>Comparações Múltiplas da ANOVA a dois fatores das Médias da componente “Ganhos Esperados pelo Cuidador”, tendo em conta o Grupo Etário do Primeiro Filho.....</i>	52
Tabela 18. <i>Contrastes do comando UNIANOVA entre o Grupo Etário e o Sexo do Primeiro Filho, para a componente “Ganhos Esperados pelo Cuidador”.....</i>	53
Tabela 19. <i>Estatísticas Descritivas para o Grupo Etário da Primeira Filha, tendo em conta a componente “Ganhos Esperados pelo Cuidador”.....</i>	53
Tabela 20. <i>Comparações Emparelhadas da ANOVA a um fator das Médias da componente “Ganhos Esperados pelo Cuidador”, tendo em conta o Grupo Etário da Primeira Filha.....</i>	54
Tabela 21. <i>Resultados da ANOVA a dois fatores para as componentes das Expectativas Parentais, tendo em conta o Acompanhamento Psicológico dos Filhos e o Sexo dos Pais.....</i>	55
Tabela 22. <i>Resultados do teste de Wilcoxon Mann-Whitney para a componente “Expectativas Positivas”, relativamente ao Acompanhamento Psicológico dos filhos.....</i>	56

Índice de Anexos

Anexo A – Folha de Informação Geral

Anexo B – Questionário de Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia Infantojuvenil (QEPPI)

Anexo C – Síntese dos questionários utilizados como referência para a construção de itens do Questionário de Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia Infantojuvenil (QEPPI)

Anexo D – Caracterização da amostra do estudo

Anexo E – Pedido de autorização ao agrupamento de escolas

Anexo F – Folha de Consentimento Informado

Anexo G – Panfletos divulgados para participação online no presente estudo

Anexo H – Frequências de resposta a cada um dos itens do Questionário de Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia Infantojuvenil (QEPPI)

Lista de Siglas

ANOVA – Análise de Variância

CPP – Classificação Profissional de Profissões

DP – Desvio Padrão

EAC-B – *Expectations about Counseling – Brief Form*

EP – Expectativas sobre o Papel

ER – Expectativas sobre o Resultado

gl – Graus de Liberdade

IC – Intervalo de Confiança

INE – Instituto Nacional de Estatística

M – Média

MANOVA – Análise de Variância Multivariada

N – Número de Casos

PEPI – *Psychotherapy Expectations and Perceptions Inventory*

PETS – *Parental Expectancies for Therapy Scale*

POC – Perturbação Obsessivo Compulsiva

Sig. - Significância

TCC – Terapia Cognitivo Comportamental

TOES – *Treatment Outcome Expectations Scale*

TPEI – *Treatment Process Expectation Index*

TS – *Therapy Survey*

QEPPi – Questionário de Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia Infantojuvenil

n_p^2 – Eta Parcial ao Quadrado

Notas de Rodapé

¹ Para os propósitos do presente estudo, considere-se que o termo “intervenção” poderá respeitar tanto a fase de avaliação como a fase de intervenção de um acompanhamento psicológico.

¹ A preferência pela utilização desta técnica estatística, comparativamente à utilização da MANOVA (Análise de Variância Multivariada) recai sobre o facto de esta última funcionar melhor quando as variáveis dependentes estão moderadamente correlacionadas ($.30 < r < .49$) (Pallant, 2011), não sendo este o caso das variáveis dependentes em estudo ($r = .25$). De facto, quando as correlações são baixas, devem realizar-se análises de variância univariada separadas para as várias variáveis dependentes (Pallant, 2011).

1. Introdução

As expectativas que os clientes trazem para a Psicoterapia desempenham um papel significativo tanto para a sua participação na intervenção, como para a sua mudança terapêutica (Nock & Kazdin, 2001). Estas expectativas referem-se a “...crenças antecipatórias que os clientes trazem para a Psicoterapia e que podem envolver crenças sobre os procedimentos, resultados, terapeutas, ou qualquer outra faceta da intervenção e sua concretização” (Nock & Kazin, 2001, p.155).

Enquanto na Psicoterapia com adultos são as expectativas do cliente que preveem o resultado e a comparência na mesma, na Psicoterapia infantil, embora as expectativas do cliente (i.e., da criança ou do adolescente) possam influenciar a mudança terapêutica, as expectativas dos pais sobre a eficácia e a estrutura da Psicoterapia podem ter uma importância primária relativamente à comparência da criança ou do adolescente na mesma, dado serem os pais quem tipicamente decide iniciá-la e continuá-la (Nock & Kazdin, 2001). Do mesmo modo, as expectativas anteriores influenciam a participação, o término precoce e a satisfação da família face aos serviços de Psicologia (p.ex., Burck, 1975, citado por Morrissey-Kane & Prinz, 1999; Nock & Kazdin, 2001).

Ainda assim, a par das variáveis psicoterapêuticas, sabe-se também que as expectativas parentais se relacionam com as próprias características sociodemográficas dos pais e dos filhos, nomeadamente, a idade, o sexo e os níveis de psicopatologia dos pais e dos filhos, e o nível socioeconómico e a etnia dos pais (p.ex., Lewin, Peris, Bergman, McCracken, & Piacentini, 2011; Nock, Ferriter, & Holmberg, 2006; Nock & Kazdin, 2001).

Apesar da relação, anteriormente referida, entre as expectativas parentais, o resultado da Psicoterapia infantojuvenil, e certas variáveis sociodemográficas dos pais e dos filhos, até à data, a qualidade das expectativas dos pais portugueses ainda não foi muito estudada (não havendo qualquer medida portuguesa criada para o efeito, e que considere, inclusivamente, a opinião de pais cuja idade dos filhos se estende desde o início da infância até ao final da adolescência. O mesmo se verifica para a relação entre as expectativas e algumas características dos pais e dos filhos, não havendo, por exemplo, qualquer estudo nacional ou internacional, até à data, que relacione as expectativas parentais com o sexo dos pais e com o historial de acompanhamento psicológico dos pais e dos filhos.

Assim sendo, considerou-se pertinente analisar as expectativas de uma amostra de pais e mães acerca da Psicoterapia dos filhos com idades compreendidas entre os 5 e os 17 anos, através da construção de uma medida para o efeito, o Questionário de Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia Infantojuvenil (QEPPI), e cujas propriedades psicométricas foram exploradas. Considerou-se também pertinente analisar a relação entre as expectativas parentais e determinadas características dos pais e dos filhos, tais como a idade e o sexo dos filhos, a etnia e o estatuto sociocultural dos pais, e o historial ou não de acompanhamento psicológico dos pais e dos filhos.

No Capítulo 2 deste trabalho será feita a apresentação da literatura relativa ao tema em estudo, sendo aqui estabelecida a ponte entre o estado da arte relativo às características da Psicoterapia com crianças e adolescentes e os estudos relevantes à compreensão das expectativas parentais, tendo em conta as características dos pais e dos filhos. O Capítulo 3 destina-se à concetualização do estudo empírico e integra a apresentação dos objetivos e hipóteses do estudo, a descrição/construção dos instrumentos utilizados na recolha de dados, a caracterização da amostra, e os procedimentos efetuados na concretização desta investigação. O Capítulo 4, também correspondente ao estudo empírico, apresenta a análise estatística dos resultados, que se descrevem de acordo com os objetivos específicos delineados. No Capítulo 5 os principais resultados da investigação são apresentados e discutidos, tendo em conta a revisão de literatura efetuada. Por fim, no Capítulo 6 são feitas as considerações finais acerca do estudo, as quais englobam as principais conclusões extraídas do mesmo, os contributos do estudo para o estado da arte relativo às expectativas parentais acerca da Psicoterapia infantojuvenil, as limitações encontradas durante a realização da investigação e sugestões para futuras investigações.

Espera-se, com o presente estudo, contribuir para a extensão do conhecimento da temática das expectativas parentais acerca da Psicoterapia com crianças e adolescentes, não só conhecendo estas últimas, mas também conhecendo as características sociodemográficas dos pais e dos filhos que lhes estão associadas, ajudando, por sua vez, os profissionais a identificar e a intervir junto dos pais que estão em risco de experienciar barreiras à Psicoterapia dos filhos, de não comparecer na mesma ou de a terminar precocemente.

2. Revisão de Literatura

2.1. Características da Psicoterapia com Crianças e Adolescentes

2.1.1. A Motivação e a Consciência do Problema

Dado que a iniciativa para a Psicoterapia infantil surge, principalmente, dos adultos (incluindo pais, professores, e agentes de referência que percebem um problema), e dado que são os adultos que influenciam os objetivos da Psicoterapia mais do que as crianças e os adolescentes, frequentemente, estes últimos começam a Psicoterapia com uma motivação relativamente baixa (Kazdin, 1996; Weisz, Yi Ng, Rutt, Lau, & Masland, 2013). Como tal, o desafio consiste em envolver a criança e o adolescente na Psicoterapia e trabalhar em torno de uma mudança que os mesmos podem não ver como necessária ou potencialmente útil (Kazdin, 2003).

As crianças de 5 anos, geralmente, não conseguem fazer descrições precisas de si próprias e dos seus problemas (Harter, 1983, cit. por Sá, 2005; LaGreca, 1990, cit. por Sá, 2005). Dadas as suas naturais limitações cognitivas, não são capazes de identificar um comportamento como um problema, nem antecipar as limitações que esse problema lhes trará no futuro, ou lhes provoca no presente (se referenciadas por problemas de comportamento ou emocionais, elas podem não ver os seus sintomas como um problema ou como algo em que é necessário intervir (Kazdin, 2003)), do mesmo modo que não são capazes de perspetivar que é possível modificar esta situação (Sá, 2005).

Um aspeto relacionado com o anterior é a falta de compreensão tanto do processo terapêutico como dos objetivos da intervenção¹ (Sá, 2005). A criança pode não ter uma visão clara do que é a situação terapêutica. Esta incompreensão pode ir da total falta de informação até ao encarar o terapeuta como um agente dos pais, da escola, do tribunal ou de qualquer outra pessoa ou instituição que iniciou a intervenção (Sá, 2005). Os jovens clientes podem, igualmente, apresentar estereótipos distorcidos acerca da relação terapêutica e, à medida que a terapia progride, é necessário monitorizar estas perceções (Sá, 2005).

Pode também não existir acordo sobre as mudanças necessárias e os objetivos a estabelecer que sejam mutuamente aceitáveis: geralmente, o terapeuta confronta-se com o problema de reconciliar, por um lado, os objetivos de quem tomou a iniciativa da

¹ Para os propósitos do presente estudo, considere-se que o termo “intervenção” poderá respeitar tanto a fase de avaliação como a fase de intervenção de um acompanhamento psicológico.

intervenção (pais e professores, por exemplo) e, por outro lado, a própria perspectiva da criança ou do adolescente sobre o que é necessário mudar (Hawley & Weisz, 2003). Isto acontece porque a precisão dos autorrelatos dos agentes de referência pode estar limitada por falta de oportunidades para observar os filhos em vários contextos, pelo próprio *stress* e problemas psicológicos dos pais (e.g., Kazdin & Weisz, 1998), pelo impacto que o problema da criança ou do adolescente tem para os adultos (e.g., níveis elevados, em relação ao problema, relatados pelos adultos que estão desesperados por ajuda, e níveis baixos relatados por adultos que temem os serviços de proteção de menores) (Weisz, *et al.*, 2013), e por valores, padrões, práticas e ideais sociais do grupo cultural de referência (Weisz, McCarty, Eastman, Suwanlert, & Chaiyasit, 1997, cit. por Weisz, *et al.*, 2013). Acontece, também, porque a precisão dos autorrelatos das crianças e dos adolescentes pode estar limitada por constrangimentos na autoconsciência e habilidades da linguagem (Weisz, *et al.*, 2013): os questionários e entrevistas colocam, frequentemente, questões subtis sobre o início, duração, e intensidade dos problemas emocionais e comportamentais, não estando bem estabelecido se as crianças mais pequenas (p.ex., com menos de seis ou sete anos de idade) podem informar sobre estas características (Kazdin, 2003).

Outros aspetos que colocam desafios especiais ao terapeuta, que procura levar a criança e o adolescente a iniciar a Psicoterapia e a envolvê-los nesta última, são o facto de as sessões competirem com outras atividades mais do agrado dos segundos (como, por exemplo, as atividades desportivas, o ver televisão, o estar com os amigos, etc.); o faltar à escola que, apesar de ser uma alternativa interessante para muitas crianças e adolescentes, coloca aos pais o dilema de avaliar se os benefícios da intervenção compensam as faltas à escola; e o problema de a família se conseguir organizar de forma a levar a criança e o adolescente às sessões, em termos de transporte e cumprimento dos horários das sessões (Sá, 2005). Os pais que param de trazer os seus filhos à terapia, devido às objeções destes últimos em comparecer às sessões, podem, simplesmente, estar a escolher um caminho menos extenuante do que esforços semanais para persuadir a criança e o adolescente sobre o potencial valor da intervenção ou para forçar a sua comparência (Kazdin, 2003).

2.1.2. O Papel Determinante dos Adultos

São os adultos quem, geralmente, procura ajuda profissional para os filhos, inicia a Psicoterapia infantil, identifica algumas ou todas as preocupações referenciadas, paga as

contas (ou obtém comparticipação para as mesmas), fornece um meio de transporte para as sessões, e toma a decisão final sobre quanto tempo a terapia irá durar (Nock & Ferriter, 2005; Weisz *et al.*, 2013). Assim, são os pais quem gere, principalmente, a participação de toda a família na Psicoterapia infantil: para além de poderem ser responsáveis pelos fatores anteriores, são eles que fornecem o consentimento legal para os filhos poderem participar na Psicoterapia, são eles que são responsáveis por implementar, em casa, as mudanças alcançadas pelos filhos na Psicoterapia, e por trabalhar com os filhos nas tarefas da terapia para casa, e são eles que incentivam, frequentemente, os filhos a participarem nas sessões (Dew & Bickman, 2005; Nock & Ferriter, 2005).

Ainda assim, nem sempre a falta de motivação para iniciar a intervenção reside nas crianças e nos adolescentes (Weisz *et al.*, 2013). Em muitos casos, o pedido de ajuda, por parte dos adultos, não está relacionado exatamente com a forma como a criança ou o adolescente se sente ou comporta, mas reflete a existência de outros fatores como problemas familiares ou o interesse particular dos primeiros. Assim sendo, são quase sempre os pais ou outros responsáveis diretos pela criança (educadores, professores), quem decide da necessidade de avaliação e intervenção num problema por eles identificado (Sá, 2005), razão pela qual a resistência, em particular, dos adultos, pode ser prejudicial a um resultado bem-sucedido na Psicoterapia infantil (Hailparn & Hailparn, 2000).

Existem diversos fatores que influenciam o pedido de ajuda psicológica, independentemente do comportamento ou do estado atual de uma criança: o grau de tolerância dos pais ao comportamento ou problemas da criança (tolerância, por seu lado, determinada pelo próprio equilíbrio emocional dos pais e pela presença de psicopatologia nos mesmos), a conflituosidade conjugal (quanto maior o conflito, menor a tolerância às características negativas da criança), o impacto do comportamento da criança (há comportamentos, como os relacionados com a atividade sexual, que com uma única ocorrência são alvo de procura incessante de intervenção especializada, do mesmo modo que os professores solicitam ajuda para todos os problemas que põem em causa o funcionamento das aulas) (Hernández, 1997, cit. por Sá, 2005; Sá, 2005). Assim, a ajuda é mais solicitada para comportamentos mais perturbadores para os adultos, genericamente, os designados de exteriorizados (hiperatividade, comportamento antissocial e agressividade), do que para comportamentos internalizados (inibição, isolamento, ansiedade, depressão) (Kazdin, 2003; Kendall & Choudhury, 2003; Weisz & Weiss, 1991). O terapeuta não deve, então, aliar-se aos pais em benefício exclusivo dos

adultos e, tal circunstância, também tem consequências importantes na determinação do comportamento problemático e na delimitação de quem deve ser alvo da intervenção (Hernández, 1997, cit. por Sá, 2005).

Por outro lado, as crianças e os adolescentes, durante um número considerável de anos, são muito dependentes dos contextos mais próximos, em especial do familiar, do escolar e do grupo de colegas, sendo muitas perturbações infantis vistas como o resultado da interação entre fatores predisponentes e acontecimentos ambientais, em concreto situações *stressantes* (e.g., meios desfavorecidos, conflito conjugal, divórcio, mau trato infantil) (Sá, 2005). Isto, por sua vez, leva a que, e até mesmo devido ao pouco controlo que as crianças e os adolescentes podem exercer sobre o meio envolvente, seja, muitas vezes, necessário incluir na intervenção psicológica as pessoas importantes no meio (Sá, 2005). Com efeito, a intervenção bem-sucedida nas perturbações da criança e do adolescente depende fortemente da motivação dos pais, não só para trazer os filhos à Psicoterapia, mas também para participar inteiramente no processo de intervenção (Morrissey-Kane & Prinz, 1999). Do mesmo modo, o envolvimento dos pais na Psicoterapia das crianças e dos adolescentes melhora a eficácia das intervenções nas perturbações de externalização (Erhardt & Baker, 1990, cit. por Morrissey-Kane & Prinz, 1999; Page, Poertner, & Lindbloom, 1995, cit. por Morrissey-Kane & Prinz, 1999) e de internalização (Clarke, Hops, Lewinsohn, Andrews, Steeley, & Williams, 1992, cit. por Morrissey-Kane & Prinz, 1999).

2.1.3. O Alvo da Intervenção

Considerando a dependência da criança e do adolescente dos adultos e que o contexto familiar se constitui, muitas vezes, como a causa dos problemas dos primeiros, importa ao terapeuta decidir como ter em conta este facto na seleção do alvo da intervenção, restando-lhe três alternativas: uma intervenção mais tradicional que se centra na intervenção individual com a criança; perspectivas mais recentes que, partindo da ideia de que a família está implicada na etiologia e na manutenção do problema, veem os pais como potentes aliados na implementação das mudanças; e a intervenção direta com os pais, através do ensino de práticas educativas ou da gestão comportamental (Sá, 2005). Com efeito, segundo Kendall e Choudury (2003), os pais podem ser vistos como consultores (fornecendo informação, tanto de fundo, como atual e sendo solicitados para dar respostas às questões, à medida que o tratamento progride), colaboradores (sendo envolvidos na intervenção psicoterapêutica, embora talvez não nas sessões, e cooperando

na condução da Psicoterapia e atividades relacionadas com a mesma), ou coclientes (estando nas intervenções com os seus filhos, como na terapia familiar e algumas versões do ensino da gestão da parentalidade) na intervenção dos seus filhos.

Ainda assim, a questão da participação (desejável) dos pais (e de outros membros da família) na Psicoterapia, não deve ser colocada em termos exclusivos. Enquanto nalguns casos a Psicoterapia individual pode proporcionar à criança ou ao adolescente um ambiente seguro e longe da situação *stressante*, bem como fornecer a oportunidade para o processamento das suas experiências e o desenvolvimento de respostas de confronto mais adaptadas, noutros, a intervenção é melhor conduzida quando se combinam os dois tipos de abordagem: o individual, para remediar défices concretos na criança, e o familiar, para mudar padrões de conduta negativos ou coercivos (Fauber & Long, 1991).

Além disso, o grau de envolvimento parental preferido pode variar consoante a idade da criança ou do adolescente e a natureza do problema principal (Kendall & Choudury, 2003). No que diz respeito à idade da criança ou do adolescente, para as crianças da escola primária, por exemplo, o envolvimento parental é frequentemente uma parte da Psicoterapia infantil e tem benefícios óbvios, enquanto que para um estudante do ensino secundário, a sua necessidade emergente de autonomia pode prescrever um envolvimento parental menor/limitado (Kendall & Choudury, 2003). No que diz respeito à natureza do problema principal apresentado, o envolvimento parental tem sido documentado como sendo uma característica complementar quando se trata a perturbação de oposição e de desafio, enquanto o superenvolvimento parental, que tem sido ligado a certas perturbações de ansiedade nos jovens, pode sugerir que separar os pais dos filhos (fornecendo uma intervenção focada na criança) é preferível, para as mesmas (Kendall & Choudury, 2003).

De um modo geral, o envolvimento dos pais e outros cuidadores é visto como essencial para o sucesso terapêutico e é recomendado para as fases de planeamento e intervenção da terapia (Henggeler, 1994): ainda que na imagem prototípica da família, um cliente seja visto individualmente em sessões por um profissional de saúde mental, na Psicoterapia infantil, os pais, professores, irmãos, e pares, sozinhos ou em várias combinações, podem desempenhar um papel auxiliar, suplementar, apoiante, ou até mesmo primário na implementação da intervenção, razão pela qual, a Psicoterapia diretamente com a criança e o adolescente é, frequentemente, apenas uma parte da intervenção (Kazdin, 2003).

2.2. Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia com Crianças e Adolescentes

2.2.1. O Conceito de Expectativas

Enquanto fator comum a qualquer modalidade psicoterapêutica, as características psicológicas do cliente prévias à intervenção (i.e., as particularidades que o cliente traz para a primeira sessão psicoterapêutica), impactam todos os tipos de serviços de saúde mental (Dew & Bickman, 2005). Como tal, compreender estas características pode fornecer aos terapeutas informação valiosa sobre os seus clientes (Dew & Bickman, 2005).

Uma das características do cliente, prévia à Psicoterapia, são as suas expectativas sobre a Psicoterapia (Dew & Bickman 2005), referindo-se, estas últimas, a “...crenças antecipatórias que os clientes trazem para a Psicoterapia e que podem envolver crenças sobre os procedimentos, resultados, terapeutas, ou qualquer outra faceta da intervenção e sua concretização” (Nock & Kazin, 2001, p.155).

Existem predominantemente dois tipos de expectativas acerca da Psicoterapia descritos na literatura: expectativas sobre o papel e expectativas sobre o resultado (Dew & Bickman, 2005).

As expectativas de papel referem-se aos “padrões de comportamento vistos como apropriados ou esperados por uma pessoa que ocupa uma posição particular” (Arknoff, Glass, & Shapiro, 2002, p. 336). No caso da Psicoterapia com adultos, os clientes têm expectativas sobre o papel tanto deles próprios como do terapeuta (Berzins, 1977; Goldstein, 1962, cit. por Arknoff *et al.*, 2002, p. 336; Richert, 1983, cit. por Arknoff *et al.*, 2002), e no caso da Psicoterapia infantil, as expectativas sobre o papel envolvem não só o cliente e o terapeuta, como também o cuidador, uma vez que este último, como participante na Psicoterapia infantil, também tem expectativas sobre o seu papel na intervenção, nomeadamente, sobre o seu nível de envolvimento (Dew & Bickman, 2005). Exemplos de expectativas sobre o papel incluem esperar que um terapeuta dê conselhos; ou esperar que o cliente (ou cuidador) e o terapeuta colaborem na terapia (i.e., que o cliente ou o cuidador tenham um papel ativo, não passivo, na terapia) (Dew & Bickman, 2005).

Por outro lado, as expectativas sobre o resultado podem ser definidas como “Expectativas de que a terapia conduzirá à mudança” (Arknoff *et al.*, 2002, p.335), embora, por vezes, também possam ser definidas como “expectativas de prognóstico” (Dew & Bickman, 2005). Tal como as expectativas sobre o papel, no contexto da

Psicoterapia infantil, as expectativas sobre o resultado da intervenção psicoterapêutica com as crianças e adolescentes também são relevantes (Dew & Bickman, 2005). Exemplos de expectativas sobre o resultado incluem esperar que a Psicoterapia seja útil, ou (no caso da Psicoterapia infantil) a expectativa de que a terapia irá ajudar a melhorar os problemas dos filhos (Dew & Bickman, 2005). Ainda, várias outras expectativas sobre o resultado podem entrar em jogo, dependendo do conhecimento do cliente (ou do cuidador) sobre a intervenção terapêutica e do quão convicto ele está da mesma (Dew & Bickman, 2005). São exemplos das mesmas, a expectativa do cliente (ou do cuidador) de que, principalmente o terapeuta, mas não necessariamente a modalidade terapêutica (e.g., Terapia Cognitivo Comportamental) ou o espaço (e.g., instituição), o irá ajudar a melhorar, a expectativa de que a modalidade terapêutica específica que ele está a receber o irá ajudar, e a expectativa geral de que estar na terapia (mas não numa modalidade terapêutica específica) o irá ajudar (Dew & Bickman, 2005). Por fim, Dew e Bickman (2005) consideram que a expectativa sobre a duração da Psicoterapia também se encaixa na categoria ampla de expectativas sobre o resultado e que, intimamente ligada à primeira, está a expectativa sobre o resultado do tratamento (e.g., “Espero que a terapia dure mais do que um ano”; “Espero que a terapia não seja imediatamente útil”).

2.2.2. O Impacto das Expectativas Parentais na Psicoterapia

Enquanto na Psicoterapia com adultos são as expectativas do cliente que preveem o resultado terapêutico e a comparência na mesma, na Psicoterapia infantil, embora as expectativas do cliente (i.e., da criança ou do adolescente) possam influenciar a mudança terapêutica, as expectativas dos pais sobre a eficácia e a estrutura da Psicoterapia podem ter uma importância primária relativamente à comparência da criança ou do adolescente na mesma, dado serem os primeiros quem tipicamente decide iniciá-la e continuá-la (Nock & Kazdin, 2001).

As expectativas dos pais em relação à Psicoterapia infantil determinam a vontade deles em participar na mesma (Morrisey-Kane & Prinz, 1999), algo que lhes é pedido frequentemente (Kazdin, Bass, Ayers, & Rodgers, 1990). Por exemplo, pais que acreditam que a Psicoterapia infantil se deve focar somente nos filhos, podem mostrar-se relutantes em fazer parte da mesma (Furey & Basili, 1988). Com efeito, Burck (1975, cit. por Morrisey-Kane & Prinz, 1999) descobriu que sete em cada dez famílias selecionadas aleatoriamente numa clínica infantil tinham expectativas imprecisas em relação à Psicoterapia dos filhos, tais como a expectativa de que os pais não precisavam de

participar ou de que o sucesso da Psicoterapia seria alcançado em uma ou duas sessões, estando tais expectativas imprecisas relacionadas com compromissos falhados e insatisfação com os serviços prestados. Ainda assim, num estudo de Shuman e Shapiro (2002), pais com filhos com idades compreendidas entre os 3 e os 10 anos, que responderam a uma medida sobre as expectativas, mostraram-se bastante conhecedores sobre a terapia infantil. Por exemplo, 80% dos pais sabia que os pais têm um papel na terapia, para além de trazer os filhos às sessões, 78% sabia da confidencialidade na terapia, e 89% sabia que devia comparecer às sessões agendadas, mesmo se os filhos não tivessem tido problemas durante a semana. Porém, algumas expectativas imprecisas e incertezas foram comuns. Por exemplo, 40% dos pais responderam “verdadeiro” ou “não sei” ao item “A maioria dos terapeutas dá às crianças e aos adolescentes medicamentos para os seus problemas”, 31% não sabia que a terapia podia ser útil mesmo que uma criança ou um adolescente não quisesse comparecer à mesma, e 19% dos pais não tinha a expectativa de que a terapia fosse difícil ou exigisse esforços.

Por outro lado, de acordo com Morrissey-Kane e Prinz (1999), pais que acreditam que eles próprios são ineficazes ou que não têm confiança nas suas capacidades para gerir ou lidar com os problemas dos filhos, podem iniciar a Psicoterapia infantil com a expectativa de que o terapeuta irá “consertar” os últimos, podendo o seu entusiasmo para intervenção desvanecer-se, quando os psicoterapeutas tentam reatribuir a responsabilidade para a mudança aos pais. Com efeito, o término precoce da terapia infantil é mais provável quando as expectativas de papel dos pais, em relação à Psicoterapia não são cumpridas (Cohen & Richardson, 1970; Farley, Peterson, & Spanos, 1975).

Na sequência dos estudos anteriores, outros autores descobriram que os pais que tinham expectativas incongruentes sobre a Psicoterapia infantil, no início da mesma, eram suscetíveis a desistir precocemente dela.

Por exemplo, Day e Reznikoff (1980a) verificaram uma diferença significativa (na sexta sessão) entre os pais que desistiram precocemente da Psicoterapia dos filhos, com idades compreendidas entre os 7 e os 12 anos, e os que continuaram a Psicoterapia, no que diz respeito ao número de expectativas precisas sobre a última, tendo os pais que continuaram a Psicoterapia revelado expectativas mais altas (i.e., mais congruentes) na sexta sessão. Isto, ainda que não tenha havido um efeito significativo das expectativas no cumprimento das sessões. Assim, os resultados deste estudo sugerem que, tal como acontece na Psicoterapia com adultos, é importante abordar o assunto das expectativas

dos pais, e fazê-lo logo de início, uma vez que os efeitos nocivos de não o fazer rapidamente se evidenciam.

Por outro lado, Plunkett (1984) verificou que a congruência entre a forma de acompanhamento dos filhos, com idades compreendidas entre os 3 e os 12 anos, esperado pelos pais (e.g., Psicoterapia dinâmica *versus* medicação) e o tipo de acompanhamento ideal, estava positivamente associada à aceitação desse acompanhamento, e que os pais que esperavam um acompanhamento dos filhos de curta duração foram mais suscetíveis a desistir dele do que aqueles que esperavam um acompanhamento de longa duração (i.e., compatível com a do psicoterapeuta). Isto, ainda que as expectativas dos pais em relação à orientação do acompanhamento dos filhos (e.g., mudança do comportamento dos filhos diretiva *versus* não diretiva) não tenha afetado o grau de aceitação dos primeiros em relação ao acompanhamento. Assim, os resultados deste estudo revelam, ainda que parcialmente, a importância das expectativas congruentes dos pais em determinar a utilização de serviços clínicos infantis, dado a falha em lidar adequadamente com as expectativas iniciais dos pais, que entram em conflito com as realidades do acompanhamento, criar um obstáculo ao acompanhamento de crianças e adolescentes com problemas.

Por fim, o facto de muitos pais iniciarem a Psicoterapia infantil sem esperar (ou querer) ser participantes ativos na mesma (Nock & Kadzin, 2001), ainda que os mesmos experienciem, frequentemente, *distress* e desconforto significativo associado aos problemas de comportamento dos filhos (Deater-Deckard, Dodge, Bates, & Petit, 1998; Dumas, Wolf, Fisman, & Culligan, 1991, cit. por Nock & Ferriter, 2005; Nock & Kadzin, 2001), é problemático em intervenções que requerem que os primeiros participam ativamente nas sessões, tais como a abordagem de ensino da gestão de competências de parentalidade, que se situa entre as intervenções mais eficazes para os problemas de comportamento externalizante infantis (Eyberg, 1988, cit. por Nock & Ferriter, 2005; Forgatch & Patterson, 1989, cit. por Nock & Ferriter, 2005).

A maioria da investigação sobre os preditores da comparência na Psicoterapia infantil tem-se focado na identificação de variáveis demográficas associadas à comparência na terapia adulta (p.ex., distância a que fica o local onde é realizada a Psicoterapia, idade e género do cliente); no entanto, a maioria destas variáveis falha em prever de forma consistente a comparência na Psicoterapia infantil (Armbruster & Kazdin, 1994, cit. por Nock & Ferriter, 2005; Pekarik & Stephenson 1988). Embora fatores como o baixo estatuto socioeconómico, estatuto étnico minoritário, psicopatologia

parental, e a severidade da psicopatologia das crianças e dos adolescentes estejam relacionados com uma comparência pobre e o término precoce em relação à intervenção psicoterapêutica infantil (Armbruster & Schwab-Stone, 1994; Gould, Shaffer, & Kaplan, 1985; Kazdin, Mazurick, & Bass, 1993; Kendall & Sugarman, 1997; McMahon, Forehand, & Griest, 1981; Wierzbicki & Pekari, 1993), estes resultados dizem-nos pouco sobre a razão de as famílias deixarem de comparecer à Psicoterapia (Nock & Ferriter, 2005).

Uma forma de conceitualizar a razão pela qual os indivíduos ou famílias falham em comparecer ou em aderir à Psicoterapia infantil consiste em considerar as barreiras que podem contribuir para isso (Nock & Ferriter, 2005). Deste modo, Kazdin, Holland e Crowley (1997) avaliaram um *modelo de barreiras à intervenção psicoterapêutica* (Kazdin, Holland, & Breton, 1991, cit. por Kazdin *et al.*, 1997), na Psicoterapia com crianças e adolescentes referenciados por problemas de comportamento, e que classifica as barreiras que as famílias experienciam quando estão envolvidas no processo psicoterapêutico em quatro domínios principais: (1) *stressores* e obstáculos que competem com a intervenção psicoterapêutica; (2) exigências e questões da intervenção; (3) importância percebida da intervenção e (4) relação com o psicoterapeuta. Os autores verificaram que *barreiras percebidas à intervenção psicoterapêutica*, tais como *stressores* e obstáculos relacionados com a ida à Psicoterapia, percepções de que a intervenção psicoterapêutica não é relevante, percepções de que a intervenção psicoterapêutica é demasiado exigente, e a relação pobre entre os pais e o psicoterapeuta estavam relacionadas com o término precoce da Psicoterapia infantil, independentemente de fatores da família, pais e da criança (Kazdin *et al.*, 1997).

Tendo em conta o modelo anterior, num estudo sobre a avaliação das expectativas dos pais, com filhos com idades compreendidas entre os 2 e os 15 anos, Nock e Kazdin (2001) verificaram que as características dos pais (psicopatologia e *stress* parental), da criança/adolescente (idade, severidade dos sintomas psiquiátricos, e historial de comportamento antissocial), e da família (desvantagem socioeconómica, estatuto étnico minoritário, e família monoparental) previram barreiras à Psicoterapia, bem como à comparência e o término precoce na Psicoterapia. Por outro lado, os autores verificaram que as expectativas dos pais sobre a Psicoterapia foram um preditor linear das barreiras percebidas à Psicoterapia, isto é, que expectativas mais baixas (expectativas de que a intervenção não iria ser eficaz e crenças imprecisas sobre a estrutura da terapia) estavam relacionadas com maiores barreiras à Psicoterapia. Ainda, os autores verificaram que as

expectativas parentais foram um preditor curvilíneo da comparência e do término precoce na Psicoterapia, isto é, que pais com expectativas tanto mais altas como mais baixas compareceram ao maior número de sessões e foram menos suscetíveis de terminar a terapia precocemente. Com efeito, os autores sugerem que pais com expectativas altas podem ser mais suscetíveis de atribuir quaisquer mudanças terapêuticas observadas à própria Psicoterapia, pais com expectativas muito baixas podem ser menos suscetíveis de esperar que qualquer mudança ocorra e, assim, mais suscetíveis de aumentar as suas expectativas na presença de qualquer mudança terapêutica observada, continuando a comparecer às sessões, e pais com expectativas moderadas, não são tão suscetíveis de experienciar qualquer mudança no comportamento ou nas crenças como resultado da mudança terapêutica observada (Nock & Kazdin, 2001). Por fim, os autores verificaram que as expectativas parentais previram significativamente as *barreiras à intervenção psicoterapêutica*, mesmo quando as características dos pais, da criança/adolescente, e da família foram controladas, da mesma forma que previram a comparência e o término precoce na Psicoterapia (Nock & Kazdin, 2001).

De acordo com o estudo anterior, as *barreiras à intervenção psicoterapêutica* do modelo de Kazdin, *et al.* (1991, cit. por Kazdin *et al.*, 1997), bem como a comparência e o término precoce na Psicoterapia infantil, estão relacionadas com as discrepâncias que existem entre as expectativas dos pais e as características reais da terapia, discrepâncias essas que mostram prever uma pobre comparência ou término precoce da intervenção (Nock & Ferriter, 2005).

Ainda assim, a generalização dos resultados do estudo de Nock e Kazdin (2001) pode ser restrita, dado este ter sido realizado com pais de filhos clinicamente referenciados por problemas de comportamento, podendo as características da família, dos pais e dos filhos avaliadas aplicar-se apenas a amostras semelhantes (Nock & Kazdin, 2001). Além disso, o estudo foi realizado com a mãe/guardiã maternal das crianças e adolescentes referenciados, o que pode ter aumentado as correlações entre as medidas exploradas e negligenciado a experiência subjetiva dos pais e dos próprios filhos, cujas expectativas sobre a Psicoterapia também podem ser importantes (Nock & Kazdin, 2001). Por fim, o estudo não descreve a relação entre as expectativas dos pais e outros possíveis resultados, tais como a adesão dos pais à intervenção psicoterapêutica e a mudança terapêutica dos filhos durante o curso da terapia, sendo esperado que as expectativas possam influenciar tais resultados (Nock & Kazdin, 2001).

Noutro estudo, sobre a credibilidade da intervenção e as expectativas dos pais, em relação à intervenção psicoterapêutica, dos filhos com idades compreendidas entre os 2 e os 13 anos, Nock e colaboradores (2006) verificaram que as expectativas dos pais sobre a eficácia da intervenção, mas não as crenças sobre a credibilidade, fatores dos filhos ou dos pais (idade e género dos filhos, idade do pai, estatuto étnico minoritário, e apoio social recebido), ou a motivação dos pais para a intervenção previram significativamente a aderência à intervenção (i.e., a percentagem de interações com os filhos em que se usaram as competências aprendidas na intervenção). Por outro lado, o estudo revelou que as expectativas dos pais sobre a eficácia da intervenção, mas não as crenças sobre a credibilidade, os fatores da criança/adolescente ou dos pais, ou a motivação dos pais para a intervenção previram a comparência na intervenção, embora num nível apenas marginalmente significativo (Nock *et al.*, 2006). Assim, as expectativas dos pais sobre a eficácia da intervenção não se relacionaram significativamente com a motivação deles para a Psicoterapia, embora as crenças sobre a credibilidade, sim.

A generalização dos resultados do estudo de Nock e colaboradores (2006) pode ser reduzida. Com efeito, dado as hipóteses deste estudo terem sido avaliadas em pais de crianças/adolescentes referenciados por problemas de comportamento, os seus resultados podem não se generalizar, à semelhança do estudo de Nock e Kazdin (2001) a intervenções centradas nas perturbações de humor ou de ansiedade. Por outro lado, para além dos construtos avaliados no estudo, outros fatores dos pais e da família, tais como as atribuições dos pais sobre os problemas de comportamento da criança ou do adolescente, podem ter influenciado a participação da família na intervenção e os resultados obtidos (Morrissey-Kane & Prinz, 1999). Mais ainda, o estudo foi conduzido em apenas oito sessões de intervenção, período de tempo no qual o conteúdo principal da intervenção foi abordado, sendo possível que, embora estáveis durante as sessões avaliadas, as crenças dos pais, a aderência à intervenção, e as relações entre estes construtos tivessem mudado significativamente, posteriormente na intervenção (Nock *et al.*, 2006). Por fim, o tamanho relativamente pequeno da amostra (N=76) diminuiu o poder explicativo dos resultados do estudo (Nock *et al.*, 2006).

Enquanto fatores dos pais, das crianças/adolescentes, e da família são úteis para a identificação de famílias em risco de término precoce na Psicoterapia infantil, os mesmos são difíceis de mudar e assim possuem um uso relativamente pequeno para potenciais programas de intervenção concebidos para diminuir o atrito na Psicoterapia infantil (Nock & Kazdin, 2001). Assim, é necessário identificar indicadores de participação prévios ao

tratamento mais maleáveis, tais como as expectativas parentais, que preveem subseqüentes barreiras à Psicoterapia infantil, dado esta última variável, embora igualmente útil para prever a comparência e o término precoce da Psicoterapia infantil, ser tipicamente avaliada bem depois de a Psicoterapia ter começado, sendo, assim, de uso limitado em identificar famílias antes do início da Psicoterapia que estejam em risco de subseqüente atrito (Nock & Kazdin, 2001).

Num estudo sobre o impacto das características da intervenção psicoterapêutica, realizada para reduzir a agressão infantil, no envolvimento da família na Psicoterapia e o término precoce na Psicoterapia infantil, Miller e Prinz (2003) verificaram que os pais que iniciavam a Psicoterapia dos filhos com motivações externalizadoras (i.e., expectativas de que a Psicoterapia se focava na mudança da criança) e eram inseridos numa modalidade de intervenção que incluía apenas os pais, eram mais suscetíveis de desistir da Psicoterapia, do que pais com as mesmas motivações, mas que eram inseridos ou numa modalidade de intervenção que incluía apenas os filhos, ou numa modalidade de intervenção que incluía os pais e os filhos. Isto, ainda que não se tenha verificado um impacto negativo nas taxas de desistência da Psicoterapia por parte dos pais que iniciavam a Psicoterapia dos filhos com motivações internalizadoras (i.e., expectativas de que a Psicoterapia se focava na mudança dos pais e da família), independentemente destes últimos serem inseridos numa modalidade de intervenção que ia ao encontro das suas expectativas (e, que, assim, se focava na mudança dos pais ou da família), ou não (Miller & Prinz, 2003). Assim, pais que procuram tratamento para a agressão infantil severa e que têm elevadas atribuições externas ao iniciar a Psicoterapia precisam, ou de uma abordagem que envolva os filhos, pelo menos, inicialmente, ou que essas atribuições sejam explícita e efetivamente abordadas, para que a intervenção focada na família (considerada a mais adequada na abordagem das perturbações de externalização) ganhe terreno (Miller & Prinz, 2003). Os resultados deste estudo apoiam, assim, a ideia de que a atenção reforçada face às expectativas dos pais no início e ao longo da Psicoterapia pode conduzir a uma maior motivação e participação dos mesmos em todas as fases do processo (Miller & Prinz, 2003).

Noutro estudo, Lewin e colaboradores (2011) verificaram que maiores expectativas por parte das crianças e dos adolescentes (que receberam Terapia Cognitivo-Comportamental baseada na exposição para a perturbação obsessivo-compulsiva) e dos psicoterapeutas, em relação ao resultado da intervenção, estavam associados a uma menor severidade dos sintomas das crianças e dos adolescentes, posteriormente à

intervenção, a um maior nível de redução dos sintomas da POC, e a maiores taxas de melhoria atribuídas pelo clínico. Ainda assim, o mesmo padrão não se verificou, no que diz respeito às expectativas dos pais em relação ao resultado da intervenção. Com efeito, contrariamente às crianças e aos adolescentes da amostra que poderão não ter possuído conhecimentos suficientes acerca da Psicoterapia, à data do estudo, os pais poderão ter possuído conhecimentos suficientes para não criarem ilusões acerca dos benefícios da intervenção, daí que as expectativas dos últimos não se tenham associado ao resultado da TCC (Lewin *et al.*, 2011). Ainda assim, na décima quarta semana da intervenção em que foram atribuídos trabalhos de casa, altas expectativas dos pais, em relação ao resultado da TCC realizada pelos filhos, foram associadas a uma maior colaboração no trabalho de casa da Psicoterapia, por parte dos filhos. Estes resultados apontam, assim, mais uma vez, para a necessidade de se avaliar e tratar as expectativas em relação ao resultado da intervenção psicoterapêutica de forma eficiente, e previamente à intervenção (Lewin *et al.*, 2011)

2.2.3. O Impacto da Modificação da Precisão das Expectativas Parentais

Exposta a importância das atitudes dos pais no seu envolvimento na Psicoterapia, a investigação que avalia o impacto da preparação dos pais, para a Psicoterapia dos filhos, nas cognições parentais é importante (Morrisey-Kane & Prinz, 1999). Com efeito, e com base na teoria de que os pais param de participar se a intervenção não combina com as expectativas deles, várias intervenções têm visado modificar as expectativas anteriores ao fornecer informação sobre a estrutura e o conteúdo da Psicoterapia infantil, e sobre o papel dos pais, da criança ou do adolescente, e do terapeuta dentro do contexto terapêutico, com algum sucesso (Nock & Ferriter, 2005).

Num primeiro estudo, Bonner e Everett (1986) verificaram que crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos, e respetivos pais, distribuídos, aleatoriamente, por uma condição na qual ouviram uma fita de áudio com informação acerca da Psicoterapia (estrutura e resultado da intervenção psicológica infantil, resistência à terapia, confidencialidade, e papéis da criança ou do adolescente, dos pais e do psicoterapeuta) revelaram um maior conhecimento sobre e uma maior receptividade à Psicoterapia, bem como expectativas de resultado mais favoráveis, do que os pais e crianças/adolescentes distribuídos por uma condição de controlo na qual ouviram apenas uma fita de áudio com uma breve introdução sobre a Psicoterapia. Consequentemente, preparar os pais para a Psicoterapia infantil parece ter um efeito

positivo na modificação de expectativas irrealistas, na redução do conflito e no aumento da receptividade à intervenção (Morrissey-Kane & Prinz, 1999). Isto, ainda que as inferências que podem ser retiradas sobre a eficácia da abordagem da fita de áudio do estudo anterior sejam limitadas, dado as taxas subsequentes de participação na Psicoterapia não terem sido reveladas (Nock & Ferriter, 2005).

Ultrapassando a limitação anterior, Day e Reznikoff (1980b) verificaram que crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os 7 e os 12 anos, e respetivos pais, que visualizaram uma fita de vídeo como forma de preparação (vídeo com informação sobre a estrutura das sessões), revelaram um menor número de expectativas incorretas sobre a Psicoterapia, desde a primeira até à sexta sessão (tendo sido por volta desta última que os grupos de pais e de crianças e adolescentes, não preparados, começaram a corrigir as suas expectativas), bem como um menor número de agendamentos cancelados ou falhados comparativamente a crianças e pais não preparados. Os resultados do estudo anterior revelam, assim, que as expectativas incorretas dos pais podem ser um entrave significativo para a Psicoterapia, uma vez que um maior número de expectativas incorretas por parte dos últimos, resulta numa desistência precoce face à mesma.

Ainda, num outro estudo onde foi comparada a eficácia de várias estratégias de intervenção mínimas em Psicoterapia infantil (i.e., distribuição aleatória dos pais, ou por uma condição de chamada telefónica breve, 1 a 2 dias antes da primeira sessão, ou por uma condição de carta de referência a descrever o que esperar da primeira sessão, ou por uma condição que abrangesse ambas) com uma condição de não intervenção (não-contacto), Kourany, Garber, e Tornusciolo (1990, cit. por Nock & Ferriter, 2005) verificaram que qualquer contacto com os pais prévio à intervenção (i.e., qualquer uma das três condições anteriores) estava associada a uma taxa significativamente menor de “não comparência” na sessão inicial (12.9%), comparativamente à condição de não-contacto (34.6%). Estes resultados enfatizam, mais uma vez, o impacto das expectativas dos pais no compromisso dos mesmos face à Psicoterapia, e a importância de se intervir ao nível dessas expectativas (Kourany *et al.*, 1990, cit. por Nock & Ferriter, 2005)

Por fim, num último estudo, Shuman e Shapiro (2002) verificaram que pais de crianças, com idades compreendidas entre os 3 e os 10 anos, que foram preparados para a Psicoterapia através de um vídeo e de uma brochura (ambos a explicarem a importância do envolvimento parental, a utilização do jogo na terapia, a confidencialidade, e a importância de se persistir na intervenção até que os objetivos da mesma fossem

atingidos) revelaram expectativas mais precisas sobre a Psicoterapia, comparativamente a pais preparados apenas através da brochura e a pais não preparados. Os pais que revelaram expectativas mais precisas sobre a Psicoterapia, por sua vez, revelaram um maior número de agendamentos cumpridos e de agendamentos cancelados (considerando estes últimos como sessões desmarcadas pelo telefone, quando a comparência não é possível, ao invés de sessões às quais o cliente simplesmente falha em aparecer). Ainda assim, contrariamente ao verificado nos estudos anteriores, a preparação através da fita de vídeo e/ou brochura não melhorou as taxas de comparência dos pais na terapia (uma vez que a maioria dos pais já tinha expectativas bastante precisas sobre a Psicoterapia infantil, previamente à manipulação das mesmas, e uma vez que a comparência foi aparentemente medida em função de outras variáveis para além da precisão das expectativas, e o procedimento de preparação dos pais através do vídeo afetou as expectativas sobre a Psicoterapia, enquanto variável moderadora, e não a comparência enquanto variável dependente) (Shuman & Shapiro, 2002). Os resultados deste estudo sugerem, assim, que as expectativas imprecisas dos pais contribuem para a desistência face à Psicoterapia dos filhos e que as mesmas podem ser influenciadas (Shuman & Shapiro, 2002). Como tal, as intervenções para melhorar a precisão das expectativas podem ser procedimentos de preparação valiosos para a Psicoterapia infantil (Shuman & Shapiro, 2002).

2.2.4. Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia e características sociodemográficas dos Pais e dos Filhos

A investigação demonstra que de todas as características dos clientes prévias à Psicoterapia, as características da saúde mental (intensidade, duração dos sintomas e comorbilidade) são os melhores preditores das expectativas de resultado da intervenção (Dew & Bickman, 2005). Por outro lado, parece que de todas as características do cliente avaliadas previamente à Psicoterapia, as variáveis demográficas (nível socioeconómico, género, etnia, idade, nível de educação parental, e profissão parental) são as mais consistentemente relacionadas com as expectativas de papel (Dew & Bickman, 2005).

Num estudo que avaliou a intercorrelação entre as variáveis sociodemográficas, a duração da Psicoterapia infantil, e as expectativas dos pais acerca do papel do psicoterapeuta dos filhos Weiss e Dlugokinski (1974) verificaram a existência de uma intercorrelação, geralmente positiva, entre cinco tipos de papel que os pais antecipavam em relação ao psicoterapeuta: *ativo* (o terapeuta instrui ou direciona ativamente os filhos),

médico (o terapeuta foca-se nos problemas orgânicos ou físicos dos filhos), *apoiente* (o terapeuta evita a abordagem de assuntos difíceis para deixar os filhos confortáveis), e *passivo* (o terapeuta atribui aos filhos o fardo ou a responsabilidade pela sessão), e *psiquiátrico* (o terapeuta foca-se na abordagem do material psicológico dos filhos (Weiss & Dlugokinski, 1974). Demograficamente, os resultados indicam que os pais que referenciaram raparigas para a terapia tinham a expectativa de um comportamento mais *apoiente* por parte do psicoterapeuta, do que os pais que referenciaram rapazes, que pais com filhos afroamericanos tinham a expectativa de um comportamento mais *ativo* e *apoiente*, do que pais que referenciavam filhos caucasianos, e que pais com filhos mais velhos tinham a expectativa de um comportamento mais *ativo*, *apoiente* e *passivo*, do que pais que referenciavam filhos mais novos (Weiss & Dlugokinski, 1974). Por outro lado, à medida que o nível educacional, profissional e socioeconómico dos pais diminuía, aumentavam as expectativas deles em relação a comportamentos mais *apoientes* e *ativos*, por parte do psicoterapeuta (Weiss & Dlugokinski, 1974). Pelo contrário, quanto maior o nível educacional, profissional e socioeconómico dos pais, menores eram as expectativas relativamente a comportamentos *apoientes* e *ativos* (Weiss & Dlugokinski, 1974).

Ainda assim, o estudo anterior possui limitações. Em primeiro lugar, a literatura confirma que os pais que possuem um estatuto socioeconómico mais baixo têm a expectativa de um comportamento tangível ou *ativo* por parte do terapeuta, embora a análise do comportamento *apoiente* seja menos clara: a definição operacional de comportamento *apoiente*, utilizada pelos autores, como “o evitamento do material pesado” constitui apenas uma definição aceitável do termo, podendo-se argumentar que o apoio do terapeuta pode envolver uma conceção diametralmente oposta de comportamento, nomeadamente, o foco no material pesado enquanto se apoiam as tentativas do paciente em resolver o conflito subjacente (Weiss & Dlugokinski, 1974). Assim, se ou não o paciente com um nível socioeconómico mais baixo tem a expectativa de uma orientação *apoiente* por parte do terapeuta, nestes termos, é uma questão discutível (Weiss & Dlugokinski, 1974).

Em segundo lugar, a tendência de os pais terem a expectativa de uma atitude mais *apoiente* por parte do psicoterapeuta quando o filho é do sexo feminino pode estar relacionada com o estigma social de que os rapazes, mas não as raparigas, cujo terapeuta assume um papel *apoiente*, são fracos (Weiss & Dlugokinski, 1974).

Em terceiro lugar, enquanto as categorias de expectativas em relação ao comportamento terapêutico podem, por elas próprias, criar a impressão de exclusividade

mútua (se, por um lado, o questionar da criança ou do adolescente é visto como um exemplo de uma orientação *ativa* por parte do terapeuta, por outro, o querer a opinião da criança ou do adolescente é considerado como *passivo*), as descrições comportamentais não são incompatíveis (Weiss & Dlugokinski, 1974). Assim, é compreensível como é que os pais de filhos mais velhos podem ter a expectativa de comportamentos tanto *ativos* como *passivos* por parte do terapeuta (Weiss & Dlugokinski, 1974).

Além disso, em momentos diferentes da Psicoterapia, um pai pode ter a expectativa de comportamentos aparentemente sobrepostos, por parte do psicoterapeuta, podendo cada um dos mesmos ser apropriado para uma dada situação: o terapeuta pode escolher assumir um papel *ativo* numa situação de crise, e eleger um papel *passivo* quando pretende que o paciente faça uma autoexploração (Weiss & Dlugokinski, 1974).

Por fim, e em sexto lugar, enquanto o estudo indica que os pais não caucasianos e socioeconomicamente desfavorecidos têm a expectativa de comportamentos *ativos* e *apoiantes*, por parte do psicoterapeuta dos filhos, não existem evidências concretas para sugerir que estas expectativas são avaliadas de forma válida na Psicoterapia infantil (Weiss & Dlugokinski, 1974).

No mesmo estudo de Nock e Kazdin (2001), anteriormente referido, sobre a avaliação das expectativas dos pais (com idades compreendidas entre os 20 e os 61 anos), os autores verificaram que as características da família (desvantagem socioeconómica, estatuto étnico minoritário e estatuto monoparental), dos filhos (maior idade e maiores níveis de disfunção geral), e dos pais (maiores níveis de *stress* e depressão) eram preditores significativos de menores expectativas dos pais sobre a Psicoterapia infantil. Com efeito, a desvantagem socioeconómica, o estatuto étnico minoritário (pais afroamericanos, hispanoamericanos, provenientes de contextos étnicos mistos, e provenientes de outros grupos) e o estatuto familiar monoparental estavam significativamente relacionados apenas com expectativas mais baixas sobre a Credibilidade da Intervenção Psicoterapêutica, o maior *stress* e depressão parental estavam significativamente relacionados com expectativas mais baixas sobre a Credibilidade da Intervenção Psicoterapêutica e a Melhoria dos Filhos, e a maior idade e maior disfunção geral dos filhos estavam significativamente relacionadas apenas com expectativas mais baixas sobre a Melhoria dos Filhos (Nock & Kazdin, 2001). Os dados de que pais caracterizados por desvantagem socioeconómica, estatuto étnico minoritário e estatuto familiar monoparental têm expectativas mais baixas acerca da Credibilidade da Intervenção Psicoterapêutica é consistente com investigação prévia que sugere que

famílias com estatuto socioeconómico baixo e estatuto étnico minoritário acreditam que a Psicoterapia é menos credível, comparativamente a outro tipo de famílias (e.g., Kazdin, Stolar, & Marciano, 1995; Novick, Benson, & Rembar, 1981; Sue & Zane, 1987).

As expectativas mais baixas sobre a Melhoria dos Filhos, por parte de pais com crianças caracterizadas por disfunção psicopatológica mais severa e com uma maior idade podem ser realistas, dado a investigação com crianças e adolescentes com as características anteriores revelar que estes são menos suscetíveis de melhorar na Psicoterapia (e.g., Kazdin & Crowley, 1997). Em alternativa, é possível que as expectativas mais baixas dos pais limitem, de algum modo, a eficácia da intervenção psicoterapêutica infantil (Nock & Kazdin, 2001). Por fim, as baixas expectativas dos pais sobre a Credibilidade da Psicoterapia infantil e sobre a Melhoria dos Filhos, associadas aos altos níveis de *stress* e depressão parental, podem explicar-se pelo facto de os dois últimos estarem associados a pessimismo e desesperança (e.g., Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974), acabando por ter um papel nas crenças dos pais de que a Psicoterapia infantil não será eficaz (Nock & Kazdin, 2001).

Já no que respeita ao estudo de Shuman e Shapiro (2002), anteriormente referido, sobre as expectativas dos pais, os autores verificaram que quanto mais elevadas eram as expectativas dos pais acerca da Psicoterapia, mais elevado era o seu nível educacional. Ainda assim, outras variáveis demográficas, incluindo o sexo da criança, idade da criança, idade dos pais, estado civil, e nível salarial também não revelaram uma relação com a medida anterior. Os autores consideram que, dado o número de testes realizados, os resultados significativos isolados que foram obtidos no estudo podem ser atribuídos ao acaso (Shuman & Shapiro, 2002).

Não menos importante, no estudo de Lewin e colaboradores (2011), já referido, os autores estudaram também o impacto das características clínicas e demográficas das expectativas dos pais, dos filhos e dos psicoterapeutas, no resultado da intervenção, baseada na exposição, na perturbação obsessivo-compulsiva, em crianças e adolescentes com uma idade compreendida entre os 8 e os 17 anos.

No que diz respeito às *caraterísticas dos filhos*, os autores verificaram que pontuações mais altas atribuídas ao défice funcional específico causado pela POC, por parte das crianças e dos adolescentes, estavam associadas a expectativas mais baixas em relação ao resultado da intervenção, por parte destes últimos e dos psicoterapeutas, mas não dos pais. Em segundo lugar, os autores verificaram que a perceção de controlo percebido, por parte das crianças e dos adolescentes, estava positivamente correlacionada

tanto com as expectativas em relação à intervenção, com as expectativas dos psicoterapeutas, mas não com as dos pais. Em terceiro lugar, os autores verificaram que maiores pontuações de sintomas de depressão *baseline* comórbidos, relatados pelas crianças e pelos adolescentes, estavam associados a expectativas mais baixas em relação à intervenção, por parte dos três informantes, e que maiores pontuações de sintomas de externalização *baseline* comórbidos das crianças e dos adolescentes, relatadas pelos pais, estavam associadas a expectativas mais baixas por parte dos pais e dos psicoterapeutas, mas não por parte das crianças e dos adolescentes. Em quarto lugar, os autores verificaram que as expectativas das crianças e dos adolescentes, dos pais, e dos psicoterapeutas não estavam correlacionadas com a idade, duração da perturbação, ou idade de início da perturbação obsessivo-compulsiva nos primeiros. Ainda assim, verificou-se um efeito de género significativo, com os pais a relatarem expectativas mais elevadas para os rapazes, comparativamente às raparigas. Por fim, e em quinto lugar, os autores verificaram que as expectativas dos psicoterapeutas, mas não as das crianças e dos adolescentes, nem as dos pais, diferiram em função da condição de intervenção (exposição e prevenção da resposta *versus* relaxamento).

Por outro lado, e no que diz respeito às *caraterísticas dos pais*, os autores verificaram que maiores expectativas parentais em relação à intervenção na POC dos filhos estavam associadas à menor existência de sintomas de POC nos pais, ainda que as expectativas para os três informantes em relação ao resultado da intervenção não estivessem relacionadas com o historial de intervenção prévia para a POC (TCC ou qualquer outro tratamento). Assim, os resultados anteriores sugerem que as expectativas em relação ao tratamento devem ser avaliadas e tratadas de forma eficiente previamente à intervenção (Lewin, Peris, Bergman, McCracken, & Piacentini, 2011), ainda que o facto de as expectativas em relação ao resultado da intervenção dos pais, das crianças e dos adolescentes, e dos psicoterapeutas terem sido avaliadas através de um único item possa ter limitado os resultados obtidos no estudo anterior, que não consideraram a diversidade de expectativas de resultado que a intervenção na perturbação obsessivo-compulsiva pode envolver.

Ainda assim, no estudo de Nock e colaboradores (2006), anteriormente referido, sobre a credibilidade e as expectativas dos pais, os autores verificaram que nem as crenças dos pais sobre a credibilidade da intervenção, nem as expectativas dos pais sobre a eficácia da intervenção estavam relacionadas com a idade e o sexo da criança, a idade do pai, o estatuto étnico minoritário (pais afroamericanos, hispanoamericanos, e

provenientes de contextos étnicos mistos), e a ajuda pública recebida. Isto, ainda que, mais uma vez, a generalização dos resultados obtidos no estudo anterior possa ser restrita, devido às características da amostra nele utilizada, já referidas, anteriormente (Nock *et al.*, 2006).

Por fim, Day e Reznikoff (1980a), anteriormente citados, verificaram que a precisão das expectativas dos pais, e dos filhos sobre a Psicoterapia não se correlacionou com o estatuto socioeconómico nem com a idade de nenhum dos participantes.

2.2.5. Medidas de Avaliação das Expectativas

2.2.5.1. Medidas de Avaliação das Expectativas Parentais

Apesar da importância já atribuída às expectativas dos pais e do conhecimento das suas implicações no processo psicoterapêutico dos filhos a diferentes níveis, até à data, foram poucos os estudos que criaram medidas de avaliação dessas expectativas.

Uma das primeiras medidas de avaliação das expectativas dos pais foi o questionário criado por Weiss e Dlugokinski (1974), adaptado do questionário de um estudo de Overall e Aronson (1964, cit. por Weiss & Dlugokinski, 1974), para a Psicoterapia com adultos. Tal questionário é constituído pelas cinco categorias respeitantes ao comportamento que os pais podem antecipar que o terapeuta irá ter para com os filhos deles, referidas, anteriormente: *Ativo* (o terapeuta instrui ou direciona ativamente os filhos), *Médico* (o terapeuta foca-se nos problemas orgânicos ou físicos dos filhos); *Apoiante* (o terapeuta evita a abordagem de assuntos difíceis para deixar os filhos confortáveis); *Passivo* (o terapeuta atribui aos filhos o fardo ou a responsabilidade pela sessão), e *Psiquiátrico* (o terapeuta foca-se na abordagem do material psicológico dos filhos) (Weiss & Dlugokinski, 1974). Limitações ao nível deste questionário residem, por exemplo, ao nível da definição operacional de comportamento *apoiante*, dado que o psicoterapeuta também se pode focar na abordagem de assuntos difíceis para um paciente enquanto apoia as tentativas do último para que ele resolva um conflito subjacente (Weiss & Dlugokinski, 1974). Além disso, é questionável a construção do questionário com base em itens utilizados na Psicoterapia com adultos, ao invés de uma construção baseada e fundamentada nas especificidades do processo terapêutico com crianças e adolescentes

Outra medida, criada por Day e Reznikoff (1980a), foi o *Therapy Survey*, a qual avalia não só as expectativas parentais, como também as dos filhos, dividindo-se os 25 itens que o constituem pelas seguintes áreas: estrutura da intervenção, papel do terapeuta, papel da criança, papel dos pais, resistência e resultado. Tais áreas foram delineadas por

investigações prévias como sendo aspetos críticos da intervenção psicoterapêutica, com crianças e adolescentes, para as expectativas do cliente (e.g., Heitler, 1976, cit. por Day & Reznikoff, 1980a). Apesar da validade de construto e da precisão teste-reteste desta medida serem adequadas, uma limitação do *Therapy Survey* prende-se com o facto de muitas das questões abordadas serem específicas do tipo de Psicoterapia desenvolvida (i.e., terapia pelo jogo) que, muito provavelmente, não seriam aplicadas à terapia com uma população de adolescentes (Stewart, 2008). Por outro lado, o facto de a aplicação da medida anterior ter sido testada em crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os 7 e os 12 anos, não permite averiguar as expectativas dos pais em relação ao acompanhamento psicológico dos filhos que sejam adolescentes mais velhos.

Por outro lado, Nock e Kazdin (2001) desenvolveram o *Parent Expectancies for Therapy Scale (PETS)*, distribuindo-se os itens desta medida por 3 escalas: expectativas quanto à Credibilidade da Terapia, expectativas em relação à Melhoria dos Filhos com a intervenção psicoterapêutica, e expectativas relacionadas com o Envolvimento Parental na intervenção psicoterapêutica. Embora o *PETS* seja uma medida consistente das expectativas dos pais, possui como limitação o facto de a sua construção ter sido dirigida e testada junto de uma população constituída apenas por jovens clinicamente referenciados devido a problemas de comportamento (comportamento de oposição, agressivo e antissocial), podendo o mesmo não ser adequado para avaliar as expectativas dos pais relativamente a outros problemas infantis, que não os referidos (Nock & Kazdin, 2001).

Ainda, em 2006, Nock e colaboradores conceberam o *Credibility/Expectancy Questionnaire – Parent Version (CEQ-P)*, o qual avalia as crenças sobre a credibilidade e as expectativas dos pais em relação aos resultados da intervenção psicoterapêutica. Este foi adaptado do Credibility/Expectancy Questionnaire (*CEQ*; Borkovec & Nau, 1972; Devilly & Borkovec, 2000), uma medida sobre a credibilidade e as expectativas, previamente usada em estudos sobre a intervenção psicoterapêutica com adultos, resultando daí um questionário constituído por seis itens agrupados entre Credibilidade da Intervenção Psicoterapêutica e Expectativas sobre a Intervenção Psicoterapêutica (Nock *et al.*, 2006). Embora o *CEQ-P* seja uma medida precisa e válida, apresenta, mais uma vez, limitações. Em primeiro lugar, cada uma das escalas do questionário é constituída apenas por seis itens, que não consideram a diversidade de expectativas que os aspetos característicos da infância e da adolescência implicam no estudo das expectativas parentais. Em segundo lugar, é questionável, à semelhança do questionário

de Weiss e Dlugokinski (1974), a construção do questionário com base em itens utilizados na Psicoterapia com adultos, ao invés de uma construção baseada e fundamentada nas especificidades do processo terapêutico com crianças e adolescentes. Em terceiro lugar, a construção do questionário dirigida e testada junto de uma população constituída apenas por jovens clinicamente referenciados devido a problemas de comportamento (de oposição, agressivo e antissocial), à semelhança do questionário de Nock e Kazdin (2001), pode fazer com que o mesmo não seja adequado para avaliar as expectativas dos pais sobre a intervenção noutros problemas infantis, tais como as perturbações de humor e de ansiedade (Nock *et al.*, 2006). Por fim, e em quarto lugar, o facto de a aplicação da medida anterior ter sido testada em crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os 2 e os 13 anos, não permite averiguar as expectativas dos pais em relação ao acompanhamento psicológico dos filhos que sejam adolescentes mais velhos, à semelhança do que acontece com o questionário de Day e Reznikoff (1980a).

Por fim, Bickman e colaboradores (2010), divulgaram o *Treatment Outcome Expectations Scale (TOES)* e o *Treatment Process Expectation Index (TPEI)*, os quais avaliam, respetivamente, as expectativas de adolescentes e adultos cuidadores, em relação aos resultados antecipados da intervenção, bem como as expectativas dos mesmos sobre o seu papel no acompanhamento psicológico e o processo psicológico em si mesmo. Embora não tenham sido disponibilizados dados psicométricos para o *TPEI*, dado este ser uma lista de itens suplementares destinada a ser utilizada apenas ao nível do item (Bickman, *et al.*, 2010), e embora o *TOES* versão cuidador se afaste moderadamente da unidimensionalidade proposta para a escala, contrariamente à versão do *TOES* adolescente, ambas as versões do *TOES* demonstram propriedades psicométricas adequadas (Dew-Reeves & Athay, 2012). No entanto, e à semelhança do *CEQ-P*, o número diminuto de itens do *TOES* (8 itens) e do *TPEI* (9 itens) não considera todas as expectativas pertinentes a observar, relativamente à Psicoterapia infantil. Além disso, o facto de a aplicação das medidas anteriores ter sido testada e ser destinada a adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 18 anos, não permite averiguar as expectativas dos pais em relação ao acompanhamento psicológico dos filhos que sejam crianças.

2.2.5.2. Medidas de Avaliação das Expectativas Dirigidas a Outras Populações.

Para além das medidas existentes para avaliar as expectativas dos pais acerca do acompanhamento psicológico dos filhos, existem outras medidas orientadas para a

avaliação das expectativas dos próprios adolescentes que recebem esse acompanhamento, bem como de adultos, no caso da Psicoterapia com adultos. Tal como se referiu para as expectativas dos pais acerca do acompanhamento psicológico dos filhos, também no caso do acompanhamento psicológico de adolescentes e de adultos foram poucos os estudos que, até à data, criaram medidas de avaliação das expectativas para estes dois tipos de população

No que diz respeito à população adolescente, Stewart desenvolveu, em 2008, o *Psychotherapy Expectations and Perceptions Inventory (PEPI)*, a partir de uma revisão de vários instrumentos que avaliam a procura de ajuda, as atitudes em relação à terapia, e as expectativas com questões adaptadas para o uso do mesmo (Day & Reznikoff, 1980a; Garland & Zigler, 1994; Mackenzie, Knox, Gekoski, & Macaulay, 2004; Randall, 2003, cit. por Stewart, 2008; Shuman & Shapiro, 2002; Sigelman & Mansfield, 1991; Tinsley, 1982, cit. por Stewart, 2008). Este questionário avalia as expectativas e perceções dos adolescentes, nomeadamente, as expectativas relativas ao papel do adolescente, dos pais, do psicólogo e dos amigos, na mesma (Stewart, 2008; Stewart, Steele, & Roberts, 2014). A versão final do *PEPI* é constituída por 3 subescalas: Expectativas e Perceções Negativas dos adolescentes acerca da terapia, Processo Terapêutico e Expectativas e Perceções do Resultado, e Expectativas e Perceções para uma Relação Terapêutica Positiva (Stewart, 2008; Stewart *et al.*, 2014). Todas as três subescalas do *PEPI* demonstram consistência interna moderadamente aceitável, embora a estrutura de 3 fatores seja inconsistente com o modelo de 5 fatores propostos inicialmente, e que mede os Sentimentos dos Clientes, o Processo Terapêutico, a Relação Terapêutica, os Resultados Terapêuticos, e a Logística, ainda que aspectos de todas as 5 áreas estejam incluídas dentro do modelo de 3 fatores (Stewart, 2008; Stewart *et al.*, 2014).

No que diz respeito à população adulta, Tinsley (citado por Aegisdóttir, Gerstein, & Gridley, 2000), com o objetivo de medir as expectativas de estudantes universitários sobre o acompanhamento psicológico, desenvolveu, em 1982, o *Expectations about Counseling – Brief Form (EAC-B)*, a partir de duas versões anteriores do *Expectations about Counseling (EAC)*: a versão original (Tinsley & Harris, 1976), e uma análise fatorial do domínio das expectativas do cliente para a terapia (Tinsley, Korkman, & Kass, 1980). O *EAC-B* mede as expectativas dos clientes relativas às suas próprias atitudes e comportamentos, às atitudes e comportamentos do psicólogo, às características do psicólogo, e ao processo e resultado do acompanhamento psicológico (Tinsley, 1980, cit. por Tinsley *et al.*, 1980), as quais, por sua vez, se distribuem pelas escalas

Comprometimento Pessoal, Condições Facilitadoras, Mestria do Terapeuta, e Cuidado Afetivo (Tinsley, 1982, citado por Aegisdóttir *et al.*, 2000). Ainda assim, a validade de construto desta medida tem sido questionada, uma vez que a maioria dos estudos tem encontrado uma solução de três fatores para a mesma, mediante a diversificação do método de análise fatorial utilizado (Aegisdóttir *et al.*, 2000; Hatchett & Han, 2006; Hayes & Tinsley, 1989; Tinsley, Holt, Hinson, & Tinsley, 1991).

Embora a utilização das medidas anteriores neste estudo pareça, à primeira vista, inviável, dadas as suas especificidades, quanto ao contexto terapêutico a que se destinam, por outro lado, pode justificar-se, pois não só os pais são também adultos, como as expectativas dos primeiros acerca do papel dos filhos adolescentes na Psicoterapia pode contemplar expectativas que os próprios filhos adolescentes tenham da mesma. Assim, quando possível, foi considerada a utilização de alguns itens destas medidas (mesmo que sendo necessária uma adaptação) na construção do questionário do presente estudo.

Em conclusão, o estudo das expectativas dos pais acerca do acompanhamento psicológico dos filhos tem revelado ter uma enorme importância na Psicoterapia com crianças e adolescentes, já que das mesmas depende o envolvimento dos pais e dos filhos na Psicoterapia. Por outro lado, o estudo das características dos pais e dos filhos revela-se igualmente importante, já que destas depende o grau de adequação das expectativas dos pais à natureza da Psicoterapia com crianças e adolescentes. Não obstante, ainda não existe nenhuma medida (inclusivamente, a nível nacional) disponível para avaliar as expectativas dos pais cujos filhos possam ser tanto crianças muito novas como adolescentes mais velhos. Por outro lado, a relação entre as expectativas dos pais acerca do acompanhamento psicológico de crianças e adolescentes, e as características anteriores ainda não foi muito estudada em Portugal. Aqui, é de considerar que apesar da diversidade de características dos pais e dos filhos que a literatura aponta como estando relacionadas com o grau de adequação das expectativas dos pais em relação à natureza da Psicoterapia, ainda não existe nenhum estudo que relacione essas expectativas com o sexo dos pais e com o historial de acompanhamento psicológico dos pais e dos filhos.

3. Metodologia

Este capítulo apresenta a metodologia utilizada no presente estudo, o tipo de investigação, os objetivos gerais e respetivas questões e hipóteses de investigação. De seguida, é feita a descrição geral dos instrumentos utilizados, da amostra e dos procedimentos envolvidos na recolha de dados.

3.1. Desenho da Investigação

Este estudo obedece às características de um estudo exploratório e correlacional. Neste tipo de desenho de investigação, as variáveis não são manipuladas (são evocadas) e os resultados são explicados através da análise das relações estatísticas entre estas.

3.2. Objetivos Gerais, Questões e Hipóteses de Investigação

O objetivo geral da presente investigação consiste em avaliar as expectativas dos pais acerca do acompanhamento psicológico dos filhos, com idades compreendidas entre os 5 e os 17 anos. Para além disso, o estudo pretende compreender a relação entre as expectativas dos pais e determinadas características sociodemográficas dos pais e dos filhos. Mais especificamente, com esta investigação, pretende-se: realizar o estudo psicométrico de uma medida construída para avaliar as expectativas dos pais acerca do acompanhamento psicológico dos filhos, analisar as expectativas dos pais através da nova medida construída, percebendo quais são mais elevadas e baixas, e explorar a relação entre as expectativas dos pais e a idade, o sexo, a etnia, o nível sociocultural e o acompanhamento psicológico dos pais, e a idade, o sexo e o acompanhamento psicológico dos filhos.

Questão central: Como é que as características sociodemográficas dos pais e dos filhos se relacionam com as expectativas dos pais acerca do acompanhamento psicológico dos seus filhos?

Após colocar esta primeira questão central e refletir sobre as suas implicações teóricas e práticas, foram definidos os seguintes objetivos e respetivas questões e hipóteses de investigação:

Objetivo 1: Analisar a estrutura fatorial e a consistência interna do Questionário de Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia Infantojuvenil (QEPPI).

Objetivo 2: Analisar o tipo de expectativas dos pais acerca da Psicoterapia com crianças e adolescentes

Objetivo 3: Compreender de que forma é que as expectativas parentais e diferentes características sociodemográficas dos pais e dos filhos se relacionam

Questão de investigação 3.1.: Será que existem diferenças significativas entre as expectativas dos pais com idades mais jovens e as expectativas dos pais com idades mais avançadas?

Hipótese 3.1.: Tendo em conta os estudos de Day e Reznikoff (1980a) e Shuman e Shapiro (2002), espera-se que não existam diferenças significativas ao nível das expectativas dos pais, tendo em conta a sua idade.

Questão de investigação 3.2.: Será que existem diferenças significativas entre as expectativas dos pais e as expectativas das mães?

Questão de investigação 3.3.: Será que existem diferenças significativas entre as expectativas dos pais pertencentes à etnia caucasiana e as expectativas dos pais pertencentes a etnias minoritárias?

Hipótese 3.3.1.: Tendo em conta o estudo de Nock e Kazdin (2001), espera-se que pais pertencentes à etnia caucasiana tenham expectativas mais elevadas do que pais pertencentes a etnias minoritárias.

Hipótese 3.3.2.: Tendo em conta o estudo de Nock e colaboradores (2006), espera-se que não existam diferenças significativas ao nível das expectativas dos pais, tendo em conta a sua etnia.

Questão de investigação 3.4.: Será que existem diferenças significativas entre as expectativas dos pais pertencentes a um nível sociocultural baixo e as expectativas de pais pertencentes a um nível sociocultural elevado?

Hipótese 3.4.: Tendo em conta o estudo de Shuman e Shapiro (2002), espera-se que pais com um nível sociocultural mais elevado tenham expectativas mais elevadas do que pais pertencentes a um nível sociocultural baixo.

Questão de investigação 3.5.: Será que existem diferenças significativas entre as expectativas dos pais que estejam a ter ou já tenham tido um acompanhamento psicológico e as expectativas dos pais que nunca tenham tido um acompanhamento psicológico?

Questão de investigação 3.6.: Será que existem diferenças significativas entre as expectativas dos pais de filhos com idades mais jovens e as expectativas dos pais de filhos com idades mais avançadas?

Hipótese 3.6.: Tendo em conta os estudos de Day e Reznikoff (1980a), Lewin *et al.* (2011), Nock e colaboradores (2006) e Shuman e Shapiro (2002), espera-se que não existam diferenças significativas ao nível das expectativas dos pais, tendo em conta a idade dos filhos.

Questão de investigação 3.7.: Será que existem diferenças significativas, entre as expectativas dos pais de rapazes e as expectativas dos pais de raparigas?

Hipótese 3.7.: Tendo em conta os estudos de Nock e colaboradores (2006) e Shuman e Shapiro (2002), espera-se que não existam diferenças significativas ao nível das expectativas dos pais, tendo em conta o sexo dos filhos.

Questão de investigação 3.8.: Será que existem diferenças significativas entre as expectativas dos pais de filhos que estejam a ter ou já tenham tido acompanhamento psicológico e as expectativas dos pais de filhos que nunca tenham tido acompanhamento psicológico?

3.3. Instrumentos

3.3.1. Caraterísticas dos Pais e dos Filhos

A caraterísticas dos pais e dos filhos (crianças ou adolescentes) foram avaliadas através de uma Folha de Informação Geral, preenchida pelos pais, previamente ao preenchimento do Questionário de Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia Infantojuvenil (QEPPI). Através desta medida, recolheu-se, numa primeira parte, informação relativa à idade, ao sexo, à etnia, à profissão, ao nível de escolaridade, e ao acompanhamento psicológico dos pais (o nível de escolaridade permitiu avaliar o nível sociocultural dos pais). Por outro lado, recolheu-se, também, numa segunda parte desta medida, informação relativa à idade, ao sexo e ao acompanhamento psicológico dos filhos, com idades compreendidas entre os 5 e os 17 anos (ver Anexo A).

3.3.2. Questionário de Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia Infantojuvenil (QEPPI)

Com vista a analisar as expectativas dos pais acerca do acompanhamento psicológico dos filhos, poderia ter-se trabalhado a tradução e adaptação de uma escala de avaliação das expectativas parentais já existente. No entanto, após a revisão de literatura

efetuada, encontrou-se, não só um reduzido número de medidas de avaliação das expectativas dos clientes adultos acerca da psicoterapia, como também, um número ainda mais diminuto de medidas desenvolvidas para a avaliação das expectativas dos pais sobre a psicoterapia. Por outro lado, apesar de os estudos existentes considerarem a existência de expectativas sobre o papel e sobre o resultado, em psicoterapia, nenhum até agora considerou a análise separada destas duas dimensões de expectativas (Dew & Bickman, 2005). Assim, justificou-se a construção do Questionário de Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia Infantojuvenil (QEPPI), aqui desenvolvido, considerando que “a análise separada das expectativas sobre o papel e sobre o resultado irá fornecer informação mais relevante para a tarefa de compreender como é que cada tipo de expectativa opera e se relaciona com o processo e o resultado” (Dew & Bickman, 2005, p. 30) da psicoterapia. Para o efeito, considerou-se, a construção e validação de uma medida breve, de fácil administração, que colmatasse as falhas apontadas a cada uma das medidas de avaliação das expectativas já existentes. Tal medida manteve a definição de Expectativas de Arnkoff e colaboradores (2002), que as classificam em duas grandes dimensões: “Expectativas sobre o Papel” e “Expectativas sobre o Resultado” (ver Anexo B).

Construção do QEPPI

Para a construção do QEPPI, foram utilizados não só os itens dos questionários revistos, que consideravam a medição de variáveis pertinentes para o presente estudo (e que foram reformulados, sempre que necessário), como também foram utilizados novos itens construídos com base na revisão de literatura efetuada (ver Tabela 1, Anexo C). Tal como referido anteriormente, os questionários revistos possuem boas propriedades psicométricas.

Inicialmente, elaborou-se uma versão do questionário que incluía 45 itens, e que foi preenchida e discutida por um conjunto de 11 psicólogos clínicos com, pelo menos, 5 anos de experiência. Este corpo de especialistas, ajudou, assim, a selecionar, dos itens anteriores, aqueles que pela sua experiência clínica, correspondiam a expectativas frequentemente apresentadas pelos pais sobre o acompanhamento psicológico dos filhos. Daqui, resultou uma versão final do QEPPI constituída por 39 itens, e cuja terminologia neutra, pode ser facilmente compreendida por toda a população. Estes 39 itens foram dispostos aleatoriamente ao longo do questionário, através de um programa de geração aleatória de itens.

Os 39 itens do QEPPI foram divididos em duas dimensões: *Expectativas sobre o Papel (EP)* e *Expectativas sobre o Resultado (ER)*. Cada uma das dimensões é definida por um conjunto diverso de itens (*EP*: 29 itens; *ER*: 10 itens), não só para permitir a avaliação de uma maior variedade de aspetos daquele que é o objeto de estudo, mas também para garantir um maior rigor e um menor grau de erro do que quando as mesmas são medidas por um único item. De acordo com a revisão teórica efetuada, é também possível compreender que a psicoterapia com crianças e adolescentes exige, maioritariamente, a presença de diversos participantes, para além da criança e do adolescente. Assim, aquando da definição e organização dos itens da escala *Expectativas sobre o Papel (EP)*, considerou-se a sua divisão em três subescalas: *Expectativas sobre o papel do próprio (EPP)*: Expectativas sobre o papel do/a pai/mãe); *Expectativas sobre o papel do/a filho/a (EPF)*: Expectativas sobre o papel da criança/do adolescente); e *Expectativas sobre o papel do psicólogo (EPPSI)*: Expectativas sobre o papel do psicólogo) (ver tabela 2).

Cada item do questionário constitui uma afirmação sobre aquilo que os pais podem esperar do acompanhamento psicológico dos filhos. Os cuidadores são, então, convidados a pensar nas suas próprias expectativas e a marcar, para cada item, a opção de resposta que melhor descreve a sua opinião, numa escala de 5 pontos (1 – Discordo fortemente, 2 – Discordo, 3 – Não discordo nem concordo, 4 – Concordo, 5 – Concordo Fortemente).

Tabela 2. *Quadro síntese dos itens do QEPPI por escala.*

Expectativas sobre o Papel (EP)	Do/a pai/mãe (EPP)	Itens 1, 4, 8, 11, 16, 23, 26, 31
	Da criança/do adolescente (EPF)	Itens 9, 22, 24, 28, 29, 30
	Do Psicólogo (EPPSI)	Itens 3, 6, 7, 10, 12, 15, 18, 21, 25, 27, 32, 33, 34, 35, 39
Expectativas sobre o Resultado (ER)		Itens 2, 5, 13, 14, 17, 19, 20, 36, 37, 38.

3.4. Amostra

Neste estudo participaram 230 pais, entre os quais 97 pais (42.2%) e 133 mães (57.8%). Os critérios de inclusão foram ter uma idade igual ou superior a 18 anos, e ter, pelo menos, um/a filho/a com idade compreendida entre os 5 e os 17 anos (inclusive).

Os pais tinham idades compreendidas entre os 19 e os 74 anos ($M=41,79$; $DP=7,765$). Do total de pais, 180 eram de etnia caucasiana (78.3%), 31 eram de etnia africana (13.5%), 15 eram de etnia asiática (6.5%), 3 pertenciam a contextos étnicos mistos (1.3%) e 1 era de etnia latinoamericana (0.4%). Não obstante, dado que a amostra de pais de minorias étnicas foi limitada, decidiu-se juntar os pais de etnia africana, asiática, e de outras etnias ou contextos étnicos mistos num único grupo, para se poder analisar a relação entre as expectativas parentais e a etnia dos pais. Em termos do nível sociocultural, e tendo em conta que este foi dividido em “Baixo” (pais com um nível de escolaridade compreendido entre os 1-4 anos), “Médio” (pais com um nível de escolaridade compreendido entre os 10-12 anos) e “Alto” (pais com licenciatura, mestrado ou doutoramento), do total de pais, 71 inseriram-se num nível baixo (30.9%), 99 inseriram-se num nível médio (43.0%), e 60 inseriram-se num nível alto (26.1%). Finalmente, no que respeita ao acompanhamento psicológico, 181 pais referiram nunca ter tido acompanhamento (78.7%), 40 referiram já ter tido (17.4%) e 9 referiram que estão a ter (3.9%). Não obstante, dado que a amostra de pais que tiveram ou estão a ter acompanhamento psicológico é limitada, decidiu-se incluir os pais que já tiveram acompanhamento e os pais que estão a ter acompanhamento num único grupo, de forma a se poderem fazer as análises comparativas.

No que respeita às variáveis relativas aos filhos, a idade do primeiro filho variou entre os 5 e os 17 anos ($M=10,88$; $DP=4,23$), a idade do segundo variou, igualmente, entre os 5 e os 17 anos ($M=10,72$; $DP=3,73$), a idade do terceiro variou entre os 7 e os 17 anos ($M=11,23$; $DP=3,32$), a idade do quarto variou entre os 10 e os 17 anos ($M=13,50$; $DP=4,95$), e a idade do quinto foi de 10 anos ($M=10$). No que respeita ao sexo, 136 filhos do total de primeiros filhos ($N=230$) eram rapazes (59.1%) e 94 eram raparigas (40.9%), 46 do total de segundos filhos ($N=86$) eram rapazes (20.0%) e 40 eram raparigas (17.4%), 5 filhos do total de terceiros filhos ($N=13$) eram rapazes (2.2%) e 8 eram raparigas (3.5%), 1 dos filhos do total de quartos filhos ($N=2$) era rapaz (0.4%) e o outro era rapariga (0.4%), e o único quinto filho era do sexo masculino (0.4%). Relativamente ao acompanhamento psicológico dos filhos, 167 pais referiram que os filhos nunca tiveram acompanhamento (72.7%), 39 referiram que os filhos já tiveram acompanhamento (17.0%) e 24 referiram que os filhos estão a ter acompanhamento (10.4%). Pela mesma razão que foi dada para o acompanhamento psicológico dos pais, também aqui se decidiu agrupar os filhos que já tiveram acompanhamento e os filhos que estão a ter acompanhamento.

Para detalhes sobre a descrição da amostra, ver Tabela 3 (Anexo D).

3.5. Procedimento

Os dados deste estudo foram recolhidos de duas formas: a) versão em papel dos instrumentos, entregue pessoalmente aos participantes, e b) versão online.

No que respeita à versão em papel, a colaboração dos participantes inquiridos foi obtida, para além da divulgação do estudo por contacto pessoal direto, através da divulgação do mesmo a um agrupamento de escolas do concelho de Cascais, cujo diretor autorizou o pedido de colaboração dos pais dos respetivos alunos (ver anexo E). Nesta versão, os participantes liam, inicialmente, uma folha com o consentimento informado (ver Anexo F), e depois de concordarem com as condições de participação no estudo, iniciavam o preenchimento da Folha de Informação Geral e do QEPPI. Os participantes responderam aos instrumentos de forma anónima e em locais selecionados para o efeito (tendo sido dada aos pais dos alunos do agrupamento de escolas anterior, a opção de responderem na comodidade do seu lar) de forma a proporcionar boas condições de resposta e a manter a confidencialidade e o anonimato destas últimas.

A versão online, por sua vez, foi disponibilizada na Plataforma online *Qualtrics* subscrita pela Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, podendo os participantes ter acesso ao estudo através da divulgação do respetivo link na rede social *Facebook*, por email, por contacto pessoal direto, e através de panfletos criados para o efeito (ver Anexo G). Ao acederem ao link do estudo, os indivíduos recebiam as instruções de participação no mesmo e depois de darem o seu consentimento, iniciavam o preenchimento da Folha de Informação Geral e do QEPPI. Mais uma vez, o anonimato e a confidencialidade das respostas foram assegurados.

4. Resultados

Dada a natureza quantitativa do presente estudo, os dados do mesmo foram tratados estatisticamente com recurso ao software de análise estatística IBM SPSS Statistics, versão 24. Inicialmente, o tratamento dos dados foi feito através da análise fatorial do Questionário de Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia Infantojuvenil (QEPPI), sendo que, posteriormente, se procedeu à análise descritiva dos dados obtidos da amostra. Por fim, foram realizadas análises comparativas entre as expectativas parentais em função das características dos pais e dos filhos.

4.1. Análise das Qualidades Psicométricas do QEPPI

De forma a ir ao encontro do primeiro objetivo desta investigação, procedeu-se a uma análise fatorial do QEPPI, com vista a comparar as estruturas fatoriais observadas com as estruturas fatoriais teoricamente hipotetizadas (Expectativas sobre o papel do/a pai/mãe; Expectativas sobre o papel da criança/do adolescente; e Expectativas sobre o papel do psicólogo). De seguida, procedeu-se à avaliação da consistência interna do instrumento e das respetivas dimensões encontradas, através do coeficiente alfa de Cronbach, sendo que, no fim, se realizou a análise descritiva e a análise das intercorrelações do mesmo.

4.1.1. Análise da Estrutura Fatorial do QEPPI

Com o objetivo de avaliar a estrutura relacional dos itens foi feita uma Análise Fatorial Exploratória sobre a matriz de correlações, com extração dos fatores pelo método das Componentes Principais, seguida de uma rotação Varimax. Para cada fator, foi tido o cuidado de se considerar, apenas, os itens que apresentavam saturações superiores a .30.

A validade da Análise Fatorial Exploratória foi avaliada através do critério KMO (Kaiser-Meyer-Olkin), para o qual se verificou um valor de .87, e através do Teste de Esfericidade de Barlett, para o qual se verificou um valor de $p < .001$, e que indicam que a análise fatorial foi apropriada (Pallant, 2011; Tabachnick & Fidel, 2007).

Foram encontrados 9 fatores que apresentavam um *Eigenvalue* superior a 1, estando em consonância com a percentagem da variância retida (60,28%), e que não estão de acordo com os fatores originalmente propostos para a escala. Porém, ao analisar o *Screeplot* (Figura 1), verificou-se uma clara quebra entre o segundo e o terceiro componentes, com os componentes 1 e 2 a explicarem mais da variância do que os

restantes componentes. Além disso, verificou-se, também, outra pequena quebra após o quarto componente.

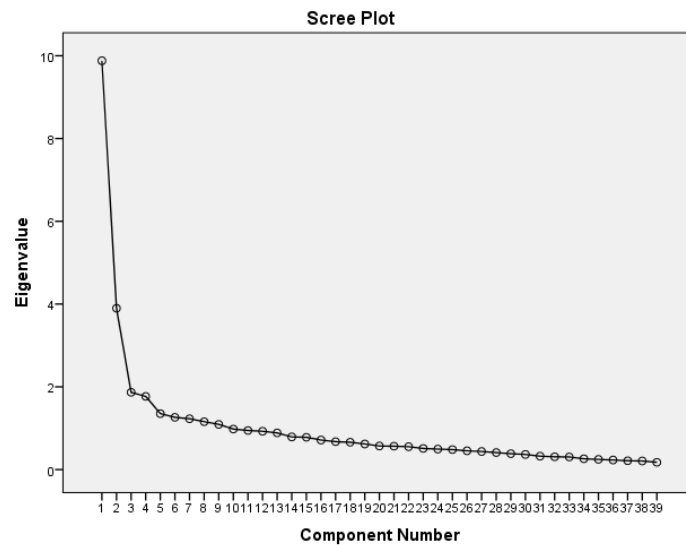


Figura 1. Screeplot obtido na Análise Fatorial Exploratória do QEPI.

Como tal, definiu-se um número fixo de 4 fatores, de acordo com a estrutura originalmente planeada do questionário (variância explicada=44,65%). Na análise fatorial em que se retiveram estes 4 fatores, verificou-se que um primeiro fator avaliava expectativas positivas acerca da psicoterapia infantojuvenil, que um segundo fator avaliava expectativas relacionadas com ganhos pessoais obtidos a partir da psicoterapia, do ponto de vista do cuidador, e que os restantes dois fatores avaliavam expectativas parecidas com as expectativas incorporadas nos primeiros dois fatores. O mesmo se verificou, quando se definiu um número fixo de 3 fatores (variância explicada=40,12%), com os primeiros dois fatores a avaliarem as dimensões das expectativas parentais já referidas, e o terceiro fator a avaliar aspetos medidos pelos primeiros dois fatores. Optou-se, então, por definir um número fixo final de dois fatores, e que justificavam 35.33% da variância total. A análise da saturação de cada item em cada fator (a um nível de significância de .05) demonstrou que todos os itens tinham uma significância estatística relevante, não tendo sido eliminado nenhum item.

Na tabela 4 são apresentados os dois fatores que agrupam as dimensões das expectativas dos pais, acerca do acompanhamento psicológico dos filhos, na Psicoterapia infantojuvenil, a percentagem de variância explicada por fator e o peso de cada item nos 2 fatores.

Tabela 4. *Análise Fatorial do QEPPI (rotação Varimax normalizada)*

Fator	1	2
Valor próprio	9,878	3,899
% de variância explicada (% variância total=35,327)	25,329	9, 998
24. Espero que o/a meu/minha filho/a ganhe alguma experiência em novas formas de resolver os seus problemas nas sessões de Psicologia.	,775	
28. Espero que seja estabelecida uma relação de confiança entre o/a meu/minha filho/a e o psicólogo, para que o/a meu/minha filho/a se sinta à vontade para falar.	,762	
26. Espero ganhar alguma experiência em novas formas de resolver os problemas do/a meu/minha filho/a, através das sessões de Psicologia.	,760	
38. Espero que a intervenção psicológica seja útil.	,745	
13. Espero que a intervenção psicológica me ajude a mim e ao/à meu/minha filho/a a resolver problemas.	,723	
20. Espero que as sessões de Psicologia ajudem no crescimento pessoal do/a meu/minha filho/a.	,680	
21. Espero que o psicólogo saiba como ajudar-me a mim e ao/à meu/minha filho/a.	,680	
27. Espero que o psicólogo demonstre empatia para comigo e com o/a meu/minha filho/a.	,668	
35. Espero que o psicólogo me respeite a mim e ao/à meu/minha filho/a enquanto pessoas.	,653	
32. Espero que o psicólogo seja alguém em quem eu e o meu/minha filho/a possamos confiar verdadeiramente.	,636	
23. Espero que haja um trabalho conjunto entre mim, o/a meu/minha filho/a e o psicólogo.	,635	
15. Espero que o psicólogo me dê conselhos a mim e ao/à meu/minha filho/a.	,627	
33. Espero que o psicólogo me diga o que fazer para eu ajudar o/a meu/minha filho/a.	,622	
19. Acredito que as sessões de Psicologia valem a pena o investimento.	,586	
4. Espero sentir-me confortável ao falar com o psicólogo do/a meu/minha filho/a.	,576	
25. Espero que o psicólogo me contacte para me pôr a par dos progressos do/a meu/minha filho/a.	,565	
29. Espero que o/a meu/minha filho/a possa dizer o que lhe apetecer nas sessões de Psicologia.	,536	
34. Espero que o psicólogo me explique o que está mal com o/a meu/minha filho/a.	,491	,326
5. Espero que o facto de o/a meu/minha filho/a estar no psicólogo contribua para uma boa relação entre nós.	,488	
6. Espero que o psicólogo respeite a confidencialidade das informações que lhe forem dadas.	,456	

Tabela 4 (Cont.). *Análise Fatorial do QEPPI (rotação Varimax normalizada)*

Fator	1	2
Valor próprio	9,878	3,899
% de variância explicada (% variância total=35,327)	25,329	9,998
14. Acredito que as sessões de Psicologia podem ser mais eficazes do que as minhas próprias tentativas para lidar com os problemas do/a meu/minha filho/a.	,442	,309
16. Acredito que a minha participação nas sessões de Psicologia seja importante na intervenção com o/a meu/minha filho/a.	,389	
12. Espero que o psicólogo esclareça o/a meu/minha filho/a sobre o motivo da sua ida às sessões de Psicologia.	,375	
37. Espero que o comportamento do/a meu/minha filho/a se altere pela ida às sessões de Psicologia.	,359	,353
18. Espero que o psicólogo faça atividades de caráter lúdico com o/a meu/minha filho/a.	,340	,337
8. Espero poder participar na definição dos objetivos da intervenção psicológica.	,325	
22. Espero que o/a meu/minha filho/a revele pensamentos e/ou sentimentos seus ao psicólogo, que não revela a mais ninguém.	,305	
31. Acredito que vou saber tudo o que acontece ao/à meu/minha filho/a nas sessões de Psicologia.		,647
36. Espero notar mudanças no/a meu/minha filho/a assim que as sessões começarem.		,628
17. Espero que os problemas do/a meu/minha filho/a sejam resolvidos de uma vez por todas nas sessões de Psicologia.		,627
11. Espero que a minha única responsabilidade seja fazer com que o/a meu/minha filho/a vá às sessões de Psicologia.		,599
1. Acredito que apenas o/a meu/minha filho/a terá sessões com o psicólogo.		,573
7. Espero que o psicólogo adote a minha perspectiva do problema e não a do/a meu/minha filho/a.		,550
2. Espero que sejam necessárias apenas 3/4 sessões para resolver os problemas do/a meu/minha filho/a.		,522
9. Espero que o/a meu/minha filho/a me conte o que se passa nas sessões de Psicologia.		,514
30. Acredito que para o/a meu/minha filho/a melhorar, através das sessões de Psicologia, vai ter de mudar muito.		,493
3. Espero que o psicólogo convença o/a meu/minha filho/a da possível gravidade dos seus problemas.		,391
39. Espero que o psicólogo goste de mim e do/a meu/minha filho/a.	,333	,390
10. Espero que o psicólogo respeite os meus (ou da minha família) hábitos e/ou costumes culturais.	,316	,322
1=Expectativas Positivas, 2= Ganhos esperados pelo cuidador.		

Através da análise da tabela 4, é possível verificar que nenhum dos fatores manteve a estrutura originalmente estipulada. O primeiro fator, que contém 27 itens, corresponde

à dimensão “Expectativas Positivas”. Estes itens correspondem às dimensões “Expectativas sobre o papel do/a pai/mãe” (itens 4, 8, 16, 23 e 26), “Expectativas sobre o papel da criança/do adolescente” (itens 22, 24, 28 e 29), “Expectativas sobre o papel do psicólogo” (6, 12, 15, 18, 21, 25, 27, 32, 33, 34 e 35), e “Expectativas sobre o Resultado” (itens 5, 13, 14, 19, 20, 37 e 38), originalmente estipuladas aquando da construção do QEPPI. Decidiu-se chamar “Expectativas Positivas” a este fator, pois o mesmo é constituído por aspetos do papel do/a pai/mãe, do papel da criança/do adolescente, do papel do psicólogo, e por aspetos do resultado, verificados na psicoterapia infantojuvenil, que os pais podem, à partida, considerar como positivos. Por outro lado, o segundo fator, que contém 12 itens, corresponde à dimensão “Ganhos Esperados pelo Cuidador”. Estes itens correspondem às dimensões “Expectativas sobre o papel do/a pai/mãe” (itens 1, 11 e 31), “Expectativas sobre o papel da criança/do adolescente” (itens 9 e 30), “Expectativas sobre o papel do psicólogo” (itens 3, 7, 10 e 39), e “Expectativas sobre o Resultado” (itens 2, 17 e 36), originalmente estipuladas aquando da construção do QEPPI. Decidiu-se chamar “Ganhos Esperados pelo Cuidador” a este fator, pois o mesmo é constituído por aspetos do papel do/a pai/mãe, do papel da criança/do adolescente, do papel do psicólogo, e por aspetos do resultado, verificados na psicoterapia infantojuvenil, que os pais podem, à partida, considerar como ganhos que os beneficiem, diretamente, a eles próprios

4.1.2. Análise da Consistência Interna do QEPPI

Com o intuito de avaliar a estrutura interna do QEPPI, foi calculado o valor do alfa de Cronbach. Neste sentido, observou-se um valor de $\alpha = .89$, o qual indica que o presente instrumento é um bom indicador das expectativas parentais acerca do acompanhamento psicológico dos filhos na Psicoterapia infantojuvenil.

A consistência interna de cada fator foi também calculada através do Alfa de Cronbach. Neste sentido, o fator 1 (“Expectativas positivas”) apresentou um valor de $\alpha = .91$, e o fator 2 (“Ganhos Esperados pelo Cuidador”) apresentou um valor de $\alpha = .78$ (tabela 5). Desta forma, ambas as dimensões do QEPPI apresentam um valor de consistência interna satisfatória. Para ambas os fatores do QEPPI, observou-se que a exclusão de qualquer item associado aos mesmos diminuía a consistência interna do instrumento.

4.1.3. Análise Descritiva das Dimensões do QEPPI

Realizada a estatística descritiva dos resultados, constatou-se que a dimensão “Expectativas Positivas” obteve uma média de 4,02 ($DP=,41$), e que a dimensão “Ganhos Esperados pelo Cuidador” obteve uma média de 3,13 ($DP=,52$) (tabela 5).

4.1.4. Análise das Intercorrelações das Dimensões do QEPPI

Para analisar as intercorrelações das dimensões do QEPPI, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson (tabela 5), para o qual se obteve um valor de .25, estatisticamente significativo ($p<.001$). Assim, existe uma correlação fraca e positiva entre a dimensão “Expectativas Positivas” e a dimensão “Ganhos Esperados pelo Cuidador”, que indica que apesar das mesmas se relacionarem, estão a medir aspetos diferentes das expectativas parentais.

Tabela 5. Média, Desvio Padrão, Valor Mínimo e Máximo, Consistência Interna e Correlações das Dimensões do QEPPI

	N	M	DP	Mínimo	Máximo	α	Ganhos Esperados pelo Cuidador
Expectativas Positivas	230	4,02	,41	1	5	.91	.25*
Ganhos Esperados pelo Cuidador	230	3,13	,52	1	5	.78	

*A correlação é significativa no nível 0.01 (2 extremidades).

4.2. Análise das Expectativas Parentais

De forma a ir ao encontro do segundo objetivo desta investigação, procedeu-se a uma análise das frequências de resposta obtidas para cada um dos itens do QEPPI, a fim de se observar quais as expectativas parentais acerca do acompanhamento psicológico dos filhos, na Psicoterapia infantojuvenil, que são elevadas ou baixas (ver tabela 6, Anexo H).

A partir da análise da tabela 6 verifica-se que a maioria das expectativas dos pais são altas (itens cuja pontuação atribuída é de 4 (“Concordo”) ou 5 (“Concordo Fortemente”)). Por outro, os itens 7 (“Espero que o psicólogo adote a minha perspetiva do problema e não a do/a meu/minha filho/a”) e 11 (“Espero que a minha única responsabilidade seja fazer com que o/a meu/minha filho/a vá às sessões de Psicologia”)

são os únicos associados a expectativas baixas (itens cuja pontuação atribuída é de 2 (“Discordo”) ou 1 (“Discordo Fortemente”)). Por fim, os itens 1 (“Acredito que apenas o/a meu/minha filho/a terá sessões com o psicólogo”), 2 (“Espero que sejam necessárias apenas 3/4 sessões para resolver os problemas do/a meu/minha filho/a”), 30 (“Acredito que para o/a meu/minha filho/a melhorar, através das sessões de Psicologia, vai ter de melhorar muito”) e 31 (“Acredito que vou saber tudo o que acontece ao/à meu/minha filho/a nas sessões de Psicologia”) associam-se as expectativas que nem são baixas nem são altas (itens cuja pontuação obtida é de 3 (“Não discordo nem concordo”). É de chamar à atenção, porém, que se se somar a frequência de respostas “Discordo Fortemente” e “Discordo”, os itens 1 e 2 associam-se a expectativas baixas, o que será tido em conta aquando da discussão dos resultados.

Podemos afirmar que a maioria dos itens que correspondem a expectativas às quais os pais atribuíram pontuações elevadas fazem parte da dimensão “Expectativas Positivas”, enquanto todos os itens que correspondem a expectativas às quais os pais atribuíram pontuações baixas fazem parte da dimensão “Ganhos Esperados pelo Cuidador”. Todos os itens que correspondem a expectativas às quais os pais atribuíram pontuações intermédias fazem, igualmente, parte da dimensão “Ganhos Esperados pelo Cuidador” (aqui, porém, é de chamar, mais uma vez, à atenção para o facto de o somatório das frequências obtidas às respostas “Discordo Fortemente” e “Discordo” para os itens 1 e 2 que fazem parte da dimensão “Ganhos Esperados pelo Cuidador” não se associarem, na realidade, a pontuações intermédias, mas sim a pontuações baixas).

4.3. Análise da Relação entre as Expectativas Parentais e as Caraterísticas dos Pais e dos Filhos

Para corresponder ao terceiro objetivo desta investigação, procedeu-se à realização de diversas análises estatísticas.

4.3.1. Expectativas Parentais e Caraterísticas dos Pais

4.3.1.1. Idade e Sexo dos Pais

De forma a analisar as diferenças entre as expectativas dos pais, no que respeita a variável “Idade”, distribuíram-se as idades dos mesmos pelos grupos etários “19-24 anos”, “25-34 anos”, “35-44 anos”, “45-65” anos, e “+65 anos”, com base na PORDATA (2017). Ainda assim, dada a ausência de valores para os testes de normalidade, no que

respeita aos grupos etários “19-24 anos” e “+65 anos”, os mesmos foram excluídos da presente análise.

De forma a analisar a relação entre o grupo etário e o sexo dos pais e as duas componentes das Expectativas Parentais, procedeu-se à realização de análises de variâncias fatoriais (ANOVA *two-way*)², como descrito em Maroco (2007).

Foi verificado um valor de $p > .05$ para o teste de K-S, apenas para o grupo etário “25-34 anos” na componente “Expectativas Positivas”, e para os grupos etários “35-44 anos” e “45-65 anos” na componente “Ganhos Esperados pelo Cuidador”. Por outro lado, foi verificado um valor de $p < .05$ para o teste de K-S para ambos os sexos dos pais em ambas as componentes das Expectativas Parentais. Como tal, o requisito da normalidade de cada componente das Expectativas Parentais em estudo, para as variáveis “Idade” e “Sexo” dos pais não se verificou, ainda que a violação deste pressuposto, para tamanhos amostrais suficientemente grandes (p.ex., $N > 30$) não seja demasiado problemático (Pallant, 2011). Por fim, o pressuposto de homogeneidade de variâncias, para as variáveis “Grupo Etário do Pai” e “Sexo do Pai” foi validado com o teste de Levene, tanto para a componente das “Expectativas Positivas” ($F(5,218) = .556$; $p = .157$), como para a componente “Ganhos Esperados pelo Cuidador” ($F(5,218) = 1.450$; $p = .208$).

A ANOVA revelou que as variáveis “Grupo Etário do Pai” e “Sexo do Pai” não tiveram um efeito estatisticamente significativo quer sobre a componente “Expectativas Positivas”, quer sobre a componente “Ganhos Esperados pelo Cuidador”. Do mesmo modo, também a interação entre as variáveis “Idade do Pai” e “Sexo do Pai” não teve um efeito estatisticamente significativo sobre ambas as componentes das Expectativas Parentais. Estes resultados encontram-se na tabela 7.

² A preferência pela utilização desta técnica estatística, comparativamente à utilização da MANOVA (Análise de Variância Multivariada) recai sobre o facto de esta última funcionar melhor quando as variáveis dependentes estão moderadamente correlacionadas ($.30 < r < .49$) (Pallant, 2011), não sendo este o caso das variáveis dependentes em estudo ($r = .25$). De facto, quando as correlações são baixas, devem realizar-se análises de variância univariada separadas para as várias variáveis dependentes (Pallant, 2011).

Tabela 7. Resultados da ANOVA a dois fatores para as componentes das Expectativas Parentais, tendo em conta o Grupo Etário e o Sexo dos Pais

Fonte	QEPPI	gl	F	Sig.	n_p^2	Potência ^a
Grupo Etário do Pai	Expectativas Positivas	2	.556	.574	.005	.141
	Ganhos Esperados pelo Cuidador	2	1.457	.235	.013	.309
Sexo do Pai	Expectativas Positivas	1	3.470	.064	.016	.458
	Ganhos Esperados pelo Cuidador	1	1.326	.251	.006	.209
Grupo Etário do Pai	Expectativas Positivas	2	.020	.980	.000	.053
× Sexo do Pai	Ganhos Esperados pelo Cuidador	2	.451	.637	.004	.123

a. Calculado através do uso de um $\alpha=.05$.

4.3.1.2. Etnia dos Pais

De forma a facilitar a análise das diferenças entre as expectativas dos pais, no que respeita à Etnia, agruparam-se as etnias dos pais em 2 grupos: “Caucasiana” e “Não Caucasiana” (este último composto pelas etnias africana, asiática, mista e latinoamericana).

De forma a analisar a relação entre a Etnia dos pais (tendo em conta a variável “Sexo”) e as duas componentes das Expectativas Parentais, procedeu-se à realização de análises de variâncias fatoriais (ANOVA *two-way*), como descrito em Maroco (2007).

Foi verificado um valor de $p>.05$ para o teste de K-S apenas para o grupo de etnia “Não-caucasiana” em ambas as componentes das Expectativas Parentais, e um valor de $p<.05$ para a etnia “Não-caucasiana” apenas para a componente “Expectativas Positivas”. Como tal, o requisito da normalidade de cada componente das Expectativas Parentais em estudo, para as variáveis “Grupo Étnico” e “Sexo” dos pais não se verificou, ainda que a violação deste pressuposto, para tamanhos amostrais suficientemente grandes (p.ex., $N>30$) não seja demasiado problemático (Pallant, 2011). Por fim, o pressuposto de homogeneidade de variâncias, para as variáveis “Grupo Étnico do Pai” e “Sexo do Pai” foi validado com o teste de Levene, tanto para a componente das “Expectativas Positivas”

($F(3,226) = 2.035$; $p = .110$), como para a componente “Ganhos Esperados pelo Cuidador” ($F(3,226) = 2.091$; $p = .102$).

A ANOVA revelou que a variável “Grupo Étnico do Pai” não teve um efeito estatisticamente significativo quer sobre a componente “Expectativas Positivas”, quer sobre a componente “Ganhos Esperados pelo Cuidador” (verificando-se, novamente, o mesmo para a variável “Sexo do Pai”). Do mesmo modo, a interação entre as variáveis “Grupo Étnico do Pai” e “Sexo do Pai” não teve um efeito estatisticamente significativo para ambas as componentes das Expectativas Parentais. Estes resultados encontram-se na tabela 8.

Tabela 8. *Resultados da ANOVA a dois fatores para as componentes das Expectativas Parentais, tendo em conta o Grupo Étnico e o Sexo dos Pais*

Fonte	QEPPI	gl	F	Sig.	η_p^2	Potência ^a
Grupo Étnico do Pai	Expectativas Positivas	1	.811	.369	.004	.146
	Ganhos Esperados pelo Cuidador	1	3.146	.077	.014	.423
Sexo do Pai	Expectativas Positivas	1	1.680	.196	.007	.252
	Ganhos Esperados pelo Cuidador	1	.580	.447	.003	.118
Grupo Étnico do Pai × Sexo do Pai	Expectativas Positivas	1	.811	.369	.004	.146
	Ganhos Esperados pelo Cuidador	1	.048	.826	.000	.055

a. Calculado através do uso de um $\alpha = .05$.

4.3.1.3. Nível Sociocultural dos Pais

De forma a analisar a relação entre o Nível Sociocultural dos pais (tendo em conta a variável “Sexo do Pai”) e as duas componentes das Expectativas Parentais, procedeu-se, inicialmente, à realização de análises de variâncias fatoriais (ANOVA *two-way*), como descrito em Maroco (2007).

Ao proceder à análise dos pressupostos da ANOVA a dois fatores, foi verificado um valor de $p > .05$ para o teste de K-S apenas para o Nível Sociocultural “Baixo” da componente “Ganhos Esperados pelo Cuidador”. Como tal, o requisito da normalidade,

para cada componente das Expectativas Parentais em estudo, para a variável “Nível Sociocultural” dos pais não se verificou, ainda que a violação deste pressuposto, para tamanhos amostrais suficientemente grandes (p.ex., $N > 30$) não seja demasiado problemático (Pallant, 2011). Por fim, o pressuposto de homogeneidade de variâncias, para as variáveis “Nível Sociocultural do Pai” e “Sexo do Pai” foi validado com o teste de Levene para a componente “Ganhos Esperados pelo Cuidador” ($F(5,224)=1.565$; $p=.171$), mas não para a componente “Expectativas Positivas” ($F(5,224)=3.882$; $p=.002$).

Como o requisito da normalidade da componente “Ganhos Esperados pelo Cuidador” em estudo, tendo em conta as variáveis “Nível Sociocultural do Pai” e “Sexo do Pai”, e o requisito da homogeneidade das variâncias para estas variáveis foram verificados, procedeu-se, novamente, à realização de uma ANOVA fatorial para avaliar a relação entre as mesmas. Por outro lado, como os requisitos anteriores não foram verificados no que respeita à componente “Expectativas Positivas”, a relação entre estas variáveis foi analisada através da realização de uma ANOVA fatorial não paramétrica, mediante o recurso ao teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, seguido da comparação múltipla das médias das ordens, como descrito em Maroco (2007).

A ANOVA revelou que a variável “Nível Sociocultural do Pai” não teve um efeito estatisticamente significativo sobre a componente “Ganhos Esperados pelo Cuidador” (verificando-se, novamente, o mesmo para a variável “Sexo do Pai”). Do mesmo modo, a interação entre as variáveis “Nível Sociocultural do Pai” e “Sexo do Pai” não teve um efeito estatisticamente significativo sobre a componente anterior das Expectativas Parentais. Estes resultados encontram-se na tabela 9.

Tabela 9. *Resultados da ANOVA a dois fatores para a componente “Ganhos Esperados pelo Cuidador”, tendo em conta o Grupo Sociocultural e o Sexo dos Pais*

Fonte	QEPPi	gl	F	Sig.	n_p^2	Potência ^a
Nível Sociocultural do Pai		2	2.890	.058	.025	.561
Sexo do Pai	Ganhos Esperados pelo Cuidador	1	1.021	.313	.005	.172
Nível Sociocultural do Pai		2	.189	.828	.002	.079
× Sexo do Pai						

a. Calculado através do uso de um $\alpha=.05$.

A ANOVA não paramétrica revelou que existem diferenças estatisticamente significativas entre as distribuições da componente “Expectativas Positivas” pelo Nível Sociocultural e pelo Sexo dos pais (contrariamente ao que se verificou, anteriormente, para o Sexo). Por sua vez, a interação entre o Nível Sociocultural e o Sexo dos pais não teve um efeito estatisticamente significativo sobre o compósito multivariado. Estes resultados encontram-se na tabela 10.

Tabela 10. *Resultados da ANOVA a dois fatores para o rank da componente “Expectativas Positivas”, tendo em conta o Nível Sociocultural e o Sexo dos Pais.*

Fonte	QEPPI	gl	F	Sig.	n_p^2	Potência ^a
Nível Sociocultural do Pai		2	3.557	.030	.031	.657
Sexo do Pai	Expectativas Positivas	1	4.936	.027	.022	.600
Nível Sociocultural do Pai × Sexo do Pai		2	1.858	.158	.016	.385

a. Calculado através do uso de um $\alpha=.05$.

Realizando o teste *post-hoc* HSD de Tukey para identificar, através das comparações múltiplas da ANOVA a dois fatores, entre que níveis socioculturais se observam diferenças significativas para a componente “Expectativas Positivas”, verificou-se que o Nível Sociocultural Alto difere significativamente do Nível Sociocultural Baixo (I.C. a 95%]-8.954; 62.560[; $p<.05$), apresentando o Nível Sociocultural Alto uma média de ordem significativamente mais elevada do que o Nível Sociocultural Baixo. Estes resultados encontram-se nas tabelas 11 e 12.

Tabela 11. *Estatísticas Descritivas para o Nível Sociocultural dos Pais, tendo em conta o rank da componente “Expectativas Positivas”*

Variável Dependente	Nível Sociocultural do Pai	M	DP	N
Rank da Componente “Expectativas Positivas”	Baixo	99,718	63,925	71
	Médio	114,712	65,892	99
	Alto	135,475	66,277	60

Tabela 12. *Comparações Múltiplas da ANOVA a dois fatores das Médias das Ordens da componente “Expectativas Positivas”, tendo em conta o Nível Sociocultural dos pais*

Variável Dependente	Nível Sociocultural (A)	Nível Sociocultural (B)	Média da Diferença (A-B)	DP	Sig.	IC 95%	
						Min.	Máx.
Rank da Componente “Expectativas Positivas”	Baixo	Médio	-	-	-	-	-
		Alto	-	-	-	-	-
	Médio	Baixo	14.994	10.075	.298	-8.776	38.764
		Alto	-	-	-	-	-
	Alto	Baixo	35.757*	11.360	.005	8.954	62.560
		Médio	20.763	10.599	.125	-4.244	45.770

* A diferença da média é significativa no nível .05.

Por outro lado, realizando o teste de Wilcoxon Mann-Whitney (como alternativa ao teste *t*-Student para comparação de duas médias populacionais, dado que as variáveis dependentes não possuem distribuição normal) para analisar as diferenças entre os sexos dos pais, para a componente “Expectativas Positivas”, verificou-se que as mães apresentam maiores pontuações de “Expectativas Positivas” ($M_R=123.21$) do que os pais ($M_R=104.93$), e que as diferenças observadas são estatisticamente significativas ($U=5425.500$; $W=10178.500$; $p=.04$) (tabela 13).

Tabela 13. *Resultados do teste de Wilcoxon Mann-Whitney para a componente “Expectativas Positivas”, relativamente ao Sexo dos pais*

	Expectativas Positivas
U de Mann-Whitney	5425.500
W de Wilcoxon	10178.500
Z	-2.058
Sig. (2-tailed)	.040

a. Variável de Agrupamento: Sexo dos pais.

4.3.1.4. Acompanhamento Psicológico dos Pais

De forma a facilitar a análise das diferenças entre as expectativas dos pais, no que respeita ao acompanhamento Psicológico dos Filhos, dividiu-se esta última variável nos grupos “Já teve/está a ter” (i.e., pais que já estiveram ou estão a ter acompanhamento psicológico) e “Nunca teve” (i.e., pais que nunca tiveram acompanhamento psicológico).

De forma a analisar a relação entre o Acompanhamento Psicológico dos Filhos e as duas componentes das Expectativas Parentais (tendo em conta a variável “Sexo do Pai”),

procedeu-se, inicialmente, à realização de análises de variâncias fatoriais (ANOVA *two-way*), como descrito em Maroco (2007).

Foi verificado um valor de p para o teste de K-S $>.05$ apenas para o grupo “Já teve/está a ter” em ambas as componentes das Expectativas Parentais. Como tal, o requisito da normalidade de cada componente das Expectativas Parentais em estudo, para a variável “Acompanhamento Psicológico dos Filhos” não se verificou, ainda que a violação deste pressuposto, para tamanhos amostrais suficientemente grandes (p.ex., $N > 30$) não seja demasiado problemático (Pallant, 2011). Por fim, o pressuposto de homogeneidade de variâncias, para as variáveis “Acompanhamento Psicológico do Pai” e “Sexo do Pai” foi validado com o teste de Levene tanto para a componente “Expectativas Positivas” ($F(3,226) = .646$; $p = .586$), como para a componente “Ganhos Esperados pelo Cuidador” ($F(3,226) = 1.283$; $p = .281$).

A ANOVA revelou que a variável “Acompanhamento Psicológico do Pai” não teve um efeito estatisticamente significativo quer sobre a componente “Expectativas Positivas”, quer sobre a componente “Ganhos Esperados pelo Cuidador” (verificando-se, novamente, o mesmo para a variável “Sexo do Pai”). Do mesmo modo, a interação entre as variáveis “Acompanhamento Psicológico do Pai” e “Sexo do Pai” não teve um efeito estatisticamente significativo quer para a componente “Expectativas Positivas”, quer para a componente “Ganhos Esperados pelo Cuidador”. Estes resultados encontram-se na tabela 14.

Tabela 14. *Resultados da ANOVA a dois fatores para as componentes das Expectativas Parentais, tendo em conta o Acompanhamento Psicológico e o Sexo dos Pais*

Fonte	QEPPi	gl	F	Sig.	n_p^2	Potência ^a
Acompanhamento Psicológico do Pai	Expectativas Positivas	1	.228	.634	.001	.076
	Ganhos Esperados pelo Cuidador	1	.758	.385	.003	.140
Sexo do Pai	Expectativas Positivas	1	2.423	.121	.011	.341
	Ganhos Esperados pelo Cuidador	1	1.336	.249	.006	.210
Acompanhamento Psicológico do Pai × Sexo do Pai	Expectativas Positivas	1	.006	.939	.000	.051
	Ganhos Esperados pelo Cuidador	1	.272	.602	.001	.081

a. Calculado através do uso de um $\alpha=.05$.

4.3.2. Expectativas Parentais e Características dos Filhos

4.3.2.1. Idade e Sexo dos Filhos

No que respeita a variável “Idade”, optou-se por considerar apenas a idade do primeiro filho, dado esta ir dos 5 aos 17 anos (inclusive), o que indica, assim, que os pais da amostra em estudo possuem primeiros filhos que se distribuem por todas as fases da infância e da adolescência. Consequentemente, optou-se por considerar apenas o sexo do primeiro filho na análise dos resultados. Por outro lado, de forma a facilitar a análise das diferenças entre as expectativas dos pais, no que respeita à variável anterior, distribuíram-se as idades dos filhos pelos grupos etários “5-10 anos”, “11-13 anos”, “14-16 anos”, e “+16 anos” (adaptado de Tavares, Pereira, Gomes, Monteiro, & Gomes, 2007).

De forma a analisar a relação entre o Grupo Etário e o Sexo dos Primeiros Filhos e as duas componentes das Expectativas Parentais (tendo em conta a variável “Sexo do Pai”), procedeu-se à realização de análises de variância fatoriais (ANOVA *two-way*), como descrito em Maroco (2007).

Foi verificado um valor de $p>.05$ para o teste de K-S apenas para os grupos etários “11-13 anos” e “+16 anos” da componente “Expectativas Positivas”, e apenas nos grupos

etários “11-13 anos”, “14-16 anos” e “+16 anos” da componente “Ganhos Esperados pelo Cuidador. Por outro lado, não foi verificado um valor de $p > .05$ para o teste de K-S para qualquer um dos sexos do primeiro filho, em qualquer uma das componentes das Expectativas Parentais. Como tal, o requisito da normalidade de cada componente das Expectativas Parentais em estudo, para as variáveis “Grupo Etário do Primeiro Filho” e “Sexo do Primeiro Filho” não se verificou, ainda que a violação deste pressuposto, para tamanhos amostrais suficientemente grandes (p.ex., $N > 30$) não seja demasiado problemático (Pallant, 2011). Por fim, o pressuposto de homogeneidade de variâncias, para as variáveis “Grupo Etário dos Filhos”, “Sexo dos Filhos” e “Sexo dos Pais” foi validado com o teste de Levene tanto para a componente “Expectativas Positivas” ($F(15,214) = .873$; $p = .595$), como para a componente “Ganhos Esperados pelo Cuidador” ($F(15,214) = 1.304$; $p = .201$).

A ANOVA revelou que a variável “Grupo Etário do Primeiro Filho” teve um efeito estatisticamente significativo para a componente “Ganhos Esperados pelo Cuidador”, mas não para a componente “Expectativas Positivas”. Por outro lado, a variável “Sexo do Primeiro Filho” não teve um efeito estatisticamente significativo quer sobre a componente “Expectativas Positivas”, quer sobre a componente “Ganhos Esperados pelo Cuidador” (verificando-se, novamente, o mesmo para a variável “Sexo do Pai”). Mais ainda, a interação entre as variáveis “Grupo Etário do Primeiro Filho” e “Sexo do Primeiro Filho” teve um efeito estatisticamente significativo para a componente “Ganhos Esperados pelo Cuidador”, mas não para a componente “Expectativas Positivas”, enquanto a interação entre as variáveis “Grupo Etário do Primeiro Filho” e “Sexo do Pai” e a interação entre as variáveis “Sexo do Primeiro Filho” e “Sexo do Pai” não tiveram um efeito estatisticamente significativo, sobre ambas as componentes das Expectativas Parentais. Por fim, também a interação entre as variáveis “Grupo Etário do Primeiro Filho”, “Sexo do Primeiro Filho” e “Sexo do Pai” não teve um efeito estatisticamente significativo sobre ambas as componentes das Expectativas Parentais. Estes resultados encontram-se na tabela 15.

Tabela 15. *Resultados da ANOVA a três fatores para as componentes das Expectativas Parentais, tendo em conta o Grupo Etário do Primeiro Filho, o Sexo do Primeiro Filho e o Sexo do Pai*

Fonte	QEPPi	gl	F	Sig.	η_p^2	Potência ^a
Grupo Etário do Primeiro Filho	Expectativas Positivas	3	1.119	.342	.015	.299
	Ganhos Esperados pelo Cuidador	3	3.024	.031	.041	.706
Sexo do Primeiro Filho	Expectativas Positivas	1	.110	.741	.001	.063
	Ganhos Esperados pelo Cuidador	1	.507	.477	.002	.109
Sexo do Pai	Expectativas Positivas	1	1.014	.315	.005	.171
	Ganhos Esperados pelo Cuidador	1	1.260	.263	.006	.201
Grupo Etário do Primeiro Filho × Sexo do Primeiro Filho	Expectativas Positivas	3	1.143	.333	.016	.305
	Ganhos Esperados pelo Cuidador	3	3.531	.016	.047	.779
Grupo Etário do Primeiro Filho × Sexo do Pai	Expectativas Positivas	3	.504	.680	.007	.152
	Ganhos Esperados pelo Cuidador	3	.508	.677	.007	.153
Sexo do Primeiro Filho × Sexo do Pai	Expectativas Positivas	1	.080	.777	.000	.059
	Ganhos Esperados pelo Cuidador	1	.729	.394	.003	.136
Sexo do Primeiro Filho × Sexo do Pai × Sexo do Filho	Expectativas Positivas	3	.198	.897	.003	.087
	Ganhos Esperados pelo Cuidador	3	.227	.877	.003	.092

a. Calculado através do uso de um $\alpha=.05$.

Realizando o teste *post-hoc* HSD de Tukey, através das comparações múltiplas da ANOVA a um fator, para identificar entre que Grupos Etários do Primeiro Filho se observam diferenças significativas para a componente “Ganhos Esperados pelo Cuidador”, verificou-se que as mesmas ocorrem entre o Grupo Etário “+16 anos” e o Grupo Etário “5-10 anos” (I.C. a 95%].0070;6047[; $p=.043$), apresentando o Grupo Etário “+16 anos” uma média significativamente maior ($M=3,42$; $DP=0,63$; $N=21$) do que o Grupo Etário “5-10 anos”. Estes resultados encontram-se nas tabelas 16 e 17.

Tabela 16. *Estatísticas Descritivas para o Grupo Etário do Primeiro Filho, tendo em conta a componente “Ganhos Esperados pelo Cuidador”*

Variável Dependente	Grupo Etário do Primeiro Filho	M	DP	N
Ganhos Esperados pelo Cuidador	5-10 anos	3,115	,491	108
	11-13 anos	3,214	,448	37
	14-16 anos	3,187	,467	64
	+16 anos	3,421	,634	21

Tabela 17. *Comparações Múltiplas da ANOVA a dois fatores das Médias da componente “Ganhos Esperados pelo Cuidador”, tendo em conta o Grupo Etário do Primeiro Filho*

Variável Dependente	Grupo Etário do Primeiro Filho (A)	Grupo Etário do Primeiro Filho (B)	Média da Diferença (A-B)	DP	Sig.	IC 95%	
						Min.	Máx.
Ganhos Esperados pelo Cuidador	5-10 anos	11-13 anos	-	-	-	-	-
		14-16 anos	-	-	-	-	-
		+16 anos	-	-	-	-	-
	11-13 anos	5-10 anos	,099	,092	.711	-,141	,339
		14-16 anos	,028	,101	.993	-,232	,288
		+16 anos	-	-	-	-	-
	14-16 anos	5-10 anos	,071	,077	.792	-,128	,270
		11-13 anos	-	-	-	-	-
		+16 anos	-	-	-	-	-
	+16 anos	5-10 anos	,306*	,115	.044	,005	,606
		11-13 anos	,207	,132	.405	-,137	,551
		14-16 anos	,235	,122	.223	-,082	,552

*A média da diferença é significativa no nível .05.

Ao analisar os contrastes entre o Grupo Etário e o Sexo do Primeiro Filho, através do comando UNIANOVA da sintaxe do SPSS, para explorar a interação entre as variáveis

anteriores, no que respeita a componente “Ganhos Esperados pelo Cuidador” verificou-se que o contraste entre os Grupos Etários para o Sexo Feminino é significativo, mas não o contraste entre os Grupos Etários e o Sexo Masculino. Estes resultados encontram-se na tabela 18.

Tabela 18. *Contrastes do comando UNIANOVA entre o Grupo Etário e o Sexo do Primeiro Filho, para a componente “Ganhos Esperados pelo Cuidador”*

Variável Dependente	Sexo do Primeiro Filho		gl	F	Sig.	η_p^2	Potência ^a
Ganhos Esperados pelo Cuidador	Masculino	Contraste	3	.525	.666	.007	.156
		Erro	217	-	-	-	-
	Feminino	Contraste	3	5.624	.001	.072	.942
		Erro	217	-	-	-	-

a. Calculado através do uso de um $\alpha=.05$.

Ao realizar as comparações emparelhadas da ANOVA para identificar entre que Grupos Etários da Primeira Filha se observam diferenças significativas para a componente “Ganhos Esperados pelo Cuidador”, verifica-se que as mesmas ocorrem entre o Grupo Etário “11-13 anos” e o Grupo Etário “5-10 anos” (I.C. a 95%].033;.849[; $p=.026$), apresentando o Grupo Etário “11-13 anos” uma média significativamente maior do que a do Grupo Etário “5-10 anos. Por outro lado, também se verificam diferenças significativas entre o Grupo Etário “+16 anos” e o Grupo Etário “5-10 anos” (I.C. a 95%].125;1.173[; $p=.043$), apresentando o Grupo Etário “+16 anos” uma média significativamente maior do que o Grupo Etário “5-10 anos”. Estes resultados encontram-se nas tabelas 19 e 20.

Tabela 19. *Estatísticas Descritivas para o Grupo Etário da Primeira Filha, tendo em conta a componente “Ganhos Esperados pelo Cuidador”*

Variável Dependente	Grupo Etário da Primeira Filha	M	DP	N
Ganhos Esperados pelo Cuidador	5-10 anos	2.957	,071	48
	11-13 anos	3,398	,136	13
	14-16 anos	3,178	,095	26
	+16 anos	3,606	,184	7

Tabela 20. *Comparações Emparelhadas da ANOVA a um fator das Médias da componente “Ganhos Esperados pelo Cuidador”, tendo em conta o Grupo Etário da Primeira Filha*

Variável Dependente	Grupo Etário da Primeira Filha (A)	Grupo Etário da Primeira Filha (B)	Média da Diferença (A-B)	DP	Sig.	IC 95%	
						Min.	Máx.
Ganhos Esperados pelo Cuidador	5-10 anos	11-13 anos	-	-	-	-	-
		14-16 anos	-	-	-	-	-
		+16 anos	-	-	-	-	-
	11-13 anos	5-10 anos	.441*	.153	.026	-.849	-.033
		14-16 anos	.220	.166	1.000	-.222	.662
		+16 anos					
	14-16 anos	5-10 anos	.221	.118	.383	-.095	.536
		11-13 anos	-	-	-	-	-
		+16 anos	-	-	-	-	-
	+16 anos	5-10 anos	.649*	.197	.007	.125	1.173
		11-13 anos	.208	.228	1.000	-.400	.816
		14-16 anos	.428	.207	.237	-.122	.979

*A média da diferença é significativa no nível .05.

4.3.2.2. Acompanhamento Psicológico dos Filhos

De forma a facilitar a análise das diferenças entre as expectativas dos pais, em função do Acompanhamento Psicológico dos Filhos, dividiu-se este último nos grupos “Já teve ou já tiveram/está a ter ou já tiveram” (i.e., filhos que já estiveram ou estão a ter acompanhamento psicológico) e “Nunca teve/tiveram” (i.e., filhos que nunca tiveram acompanhamento psicológico).

De forma a analisar a relação entre o Acompanhamento Psicológico dos Filhos (tendo em conta a variável “Sexo dos Pais”) e as duas componentes das Expectativas Parentais, procedeu-se à realização de análises de variâncias fatoriais (ANOVA *two-way*), como descrito em Maroco (2007).

Foi verificado um valor de $p > .05$ para o teste de K-S apenas para o grupo “Já teve ou já tiveram” de ambas as componentes das Expectativas Parentais. Como tal, o requisito da normalidade de cada componente das Expectativas Parentais em estudo, para a variável “Acompanhamento Psicológico dos Filhos” não se verifica, ainda que a violação deste pressuposto, para tamanhos amostrais suficientemente grandes (p.ex., $N > 30$) não seja demasiado problemático (Pallant, 2011). Por fim, o pressuposto de homogeneidade de variâncias foi validado com o teste de Levene tanto para a componente “Expectativas

Positivas” ($F(3,226)=.806$; $p=.492$), como para a componente “Ganhos Esperados pelo Cuidador” ($F(3,226)=1.565$; $p=.199$).

A ANOVA revelou que a variável “Acompanhamento Psicológico dos Filhos” teve um efeito estatisticamente significativo sobre a componente “Expectativas Positivas”, mas não sobre a componente “Ganhos Esperados pelo Cuidador” (verificando-se o mesmo para a variável “Sexo do Pai”). Por outro lado, a interação entre as variáveis “Acompanhamento Psicológico dos Filhos” e “Sexo do Pai” não teve um efeito estatisticamente significativo quer para a componente “Expectativas Positivas”, quer para a componente “Ganhos Esperados pelo Cuidador”. Estes resultados encontram-se na tabela 21.

Tabela 21. *Resultados da ANOVA a dois fatores para as componentes das Expectativas Parentais, tendo em conta o Acompanhamento Psicológico dos Filhos e o Sexo dos Pais*

Fonte	QEPPi	gl	F	Sig.	n_p^2	Potência ^a
Acompanhamento Psicológico Dos Filhos	Expectativas Positivas	1	5.545	.019	.024	.650
	Ganhos Esperados pelo Cuidador	1	.041	.840	.000	.055
Sexo do Pai	Expectativas Positivas	1	4.529	.034	.020	.563
	Ganhos Esperados pelo Cuidador	1	.650	.421	.003	.126
Acompanhamento Psicológico Dos Filhos × Sexo do Pai	Expectativas Positivas	1	1.101	.295	.005	.458
	Ganhos Esperados pelo Cuidador	1	.261	.610	.001	.181

a. Calculado através do uso de um $\alpha=.05$.

Realizando o teste de Wilcoxon Mann-Whitney (como alternativa ao teste t -Student para comparação de duas médias populacionais, dado que as variáveis dependentes não possuem distribuição normal) para analisar as diferenças entre as condições do Acompanhamento Psicológico dos Filhos, para a componente “Expectativas Positivas”, verificou-se que os pais cujos filhos já tiveram e/ou estão a ter Acompanhamento Psicológico apresentam uma maior pontuação de “Expectativas Positivas” do que os pais

cujos filhos nunca tiveram acompanhamento, e que as diferenças observadas foram estatisticamente significativas ($U=4054.500$; $W=18082.500$; $p=.007$) (tabela 22).

Tabela 22. *Resultados do teste de Wilcoxon Mann-Whitney para a componente “Expectativas Positivas”, relativamente ao Acompanhamento Psicológico dos filhos*

	Expectativas Positivas
U de Mann-Whitney	4054.500
W de Wilcoxon	18082.500
Z	-2.682
Sig. (2-tailed)	.007

b. Variável de Agrupamento: Acompanhamento Psicológico dos filhos.

5. Discussão

Nesta investigação foi criado e utilizado o Questionário de Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia Infantojuvenil (QEPPI) de forma a avaliar as expectativas de pais de diferentes idades, sexos, etnias, estatutos socioculturais e com diferentes historiais de acompanhamento psicológico, acerca da Psicoterapia dos filhos com idades compreendidas entre os 5 e os 17 anos, também eles com diferentes historiais de acompanhamento psicológico.

De forma a melhor compreender a discussão dos resultados obtidos, esta vai ser apresentada de acordo com os objetivos específicos apresentados anteriormente. Deve-se ter em conta que algumas das análises realizadas com o QEPPI foram feitas com testes não-paramétricos, cujas interpretações podem não refletir a realidade, dado estes tenderem a ser menos sensíveis do que os testes paramétricos e, assim, poderem falhar na deteção de diferenças entre grupos que na realidade existem (Pallant, 2011).

Objetivo 1: Analisar a estrutura fatorial e a consistência interna do QEPPI.

Aquando da análise do Questionário de Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia Infantojuvenil (QEPPI), percebeu-se que existiam diferenças relativamente à estrutura de fatores originalmente estipulada. Com efeito, ao realizar a análise fatorial exploratória, foi possível encontrar dois fatores que compõem este instrumento: a dimensão “Expectativas Positivas” e a dimensão “Ganhos Esperados pelo Cuidador”.

Pôde-se constatar que a principal diferença encontrada entre as duas escalas anteriores e as originalmente estipuladas foi o facto de as primeiras se constituírem, não única e exclusivamente, de expectativas pertencentes a uma das subcategorias das expectativas relacionadas com o papel de diferentes intervenientes na Psicoterapia infantojuvenil (i.e., Expectativas sobre o papel do/a pai/mãe, Expectativas sobre o papel da criança/do adolescente, e Expectativas sobre o papel do psicólogo), ou de expectativas pertencentes à categoria das expectativas sobre o resultado da Psicoterapia, mas sim de expectativas pertencentes a todos esses diferentes grupos. Com efeito, é possível verificar que tanto a dimensão “Expectativas Positivas” como a dimensão “Ganhos Esperados pelo cuidador” são constituídas por Expectativas sobre o papel do pai/da mãe, da criança/do adolescente, e do psicólogo e por Expectativas sobre o Resultado.

Uma das justificações para as diferenças encontradas pode dever-se ao facto de a estrutura do QEPPI, originalmente proposta, ser puramente teórica, dado a mesma nunca ter sido testada anteriormente na população (por exemplo, embora Arnkoff e

colaboradores (2002) tenham falado em Expectativas de Papel e de Resultado como os principais tipos de expectativas verificadas na Psicoterapia, não se sabe se as mesmas alguma vez foram empiricamente validadas como fatores num instrumento psicométrico). Por outro lado, e relacionado com este aspeto, as dimensões em que se pressupôs que saturariam maioritariamente os itens do QEPPI são diferentes dos fatores nos quais a literatura refere que esses mesmos itens saturam (por exemplo, os itens “Espero que o psicólogo faça atividades de carácter lúdico com o/a meu/minha filho/a” e “Acredito que as sessões de Psicologia valem a pena o investimento” que se pressupôs que saturariam maioritariamente e respetivamente nas dimensões “Expectativas acerca do papel do Psicólogo” e “Expectativas do Resultado”, na realidade, saturam maioritariamente e respetivamente nas dimensões “Estrutura da Terapia” do *Therapy Survey* (Day & Reznikoff, 1980a) e “Credibilidade” do *Parent Expectations About Therapy Scale* (Nock & Kazdin, 2001), instrumentos dos quais esses itens foram retirados), o que também pode ter contribuído para as diferenças encontradas.

Não menos importante, os instrumentos dos quais foram retirados alguns itens que ajudaram à construção do QEPPI são instrumentos destinados, originalmente, à avaliação das expectativas de adolescentes e adultos, na Psicoterapia com adolescentes e adultos, respetivamente, e não à avaliação das expectativas de pais na Psicoterapia com crianças e adolescentes, pelo que a adaptação dos mesmos, tendo em conta a presente investigação, poderá ter inflacionado a dimensão na qual se pressupôs que esses fatores estariam incluídos, contribuído, consequentemente, para a diferença nos fatores em que esses itens foram saturar no QEPPI.

Por fim, os instrumentos destinados à avaliação das expectativas dos pais na Psicoterapia com crianças e adolescentes, dos quais se retiraram itens que compõem o QEPPI, foram aplicados a uma população maioritariamente constituída por pais de crianças e adolescentes diagnosticados com perturbações de externalização. Ora, se isto, pode, eventualmente, ter enviesado as dimensões de expectativas obtidas nesses instrumentos, pode, consequentemente, ter enviesado as dimensões de expectativas propostas no QEPPI, passíveis de serem diferentes da estrutura obtida nesta investigação que, muito possivelmente, foi derivada da aplicação deste último a uma população mais diversificada.

Ao verificar a consistência interna do QEPPI, foi possível entender que tanto o instrumento, como as suas subescalas tinham todos valores elevados de confiabilidade, o que mostrou que era possível a utilização do mesmo para a análise dos dados recolhidos.

Objetivo 2: Analisar o tipo de expectativas parentais acerca da Psicoterapia com crianças e adolescentes.

A análise das frequências de resposta dadas a cada um dos itens do QEPPI, revela que os pais têm expectativas maioritariamente altas acerca da Psicoterapia infantojuvenil, tanto no que respeita a aspetos positivos como ganhos para o próprio que advêm do papel de cada um dos intervenientes (pais, filhos e psicólogo) na primeira, e ao resultado da mesma.

O facto de as expectativas altas estarem concentradas na dimensão “Expectativas Positivas” indica que nesta dimensão, não existem aspetos negativos esperados pelos pais na Psicoterapia infantojuvenil. Por outro lado, o facto de se concentrarem expectativas neutras, ou até mesmo baixas, apenas na dimensão “Ganhos Esperados pelo Cuidador”, indica que há expectativas nesta dimensão que os pais não consideram propriamente como ganhos e que até consideram mesmo como perdas/prejuízos advindos da Psicoterapia. Assim, que o psicólogo convença os filhos da possível gravidade dos seus problemas, respeite hábitos e/ou costumes culturais da família, e que goste dela, que os filhos contem o que se passa nas sessões de Psicologia, que os problemas deles sejam resolvidos de uma vez por todas nas sessões, e que as mudanças sejam visíveis assim que estas sessões comecem, são vistos como ganhos da Psicoterapia para os próprios pais. Contrariamente, o facto de apenas os filhos terem sessões com o psicólogo, de o psicólogo adotar apenas a perspetiva dos pais, no que respeita ao problema dos filhos, de os pais terem como única responsabilidade fazer com que os filhos vão às sessões de Psicologia, e de apenas serem necessárias 3 a 4 sessões para resolver os problemas dos filhos, são vistos como aspetos negativos advindos da Psicoterapia, sendo indiferente se os filhos têm de mudar muito para melhorarem através das sessões de Psicologia, ou se os pais vão saber tudo o que acontece aos filhos nessas sessões.

O facto de os pais não esperarem que o psicólogo adote a perspetiva deles acerca do problema, ao invés da dos filhos, ou o facto de os primeiros esperarem poder participar na definição dos objetivos da intervenção psicológica é um indicador de que os mesmos reconhecem, não só, a importância da visão da criança ou do adolescente acerca da situação psicoterapêutica, mas também, a importância do seu papel determinante, enquanto adultos, na Psicoterapia infantojuvenil. Com efeito, e tal como referido inicialmente, geralmente, o terapeuta confronta-se com o problema de conciliar, por um lado, os objetivos de quem toma a iniciativa da intervenção psicológica (os pais) e, por

outro, a própria perspectiva da criança ou do adolescente sobre o que é necessário mudar (Hawley & Weisz, 2003), devido à limitação da precisão dos autorrelatos de cada uma das partes, se consideradas isoladamente (e.g., Kazdin & Weisz, 1998; Weisz et al., 2013).

Por outro lado, a recolha de informação de ambas as partes também decorre da importância que o contexto familiar pode ter para explicar o problema apresentado pela criança ou pelo adolescente (Sá, 2005). O reconhecimento anterior dos pais, acerca da importância da sua perspectiva, e da dos filhos nos problemas que são levados para o espaço psicoterapêutico, por sua vez, vai ao encontro do facto de os primeiros, na sua maioria, não acreditarem que apenas os filhos terão sessões com o psicólogo, não estarem à espera de que a sua única responsabilidade seja fazer com que os filhos vão às sessões de Psicologia, acreditarem que a sua participação nas sessões de Psicologia é importante na intervenção com os filhos, e esperarem que haja um trabalho conjunto entre eles, os filhos e o psicólogo.

O facto de a maioria dos pais esperar também que o psicólogo demonstre empatia para com eles e com os filhos, que o psicólogo respeite os hábitos e/ou costumes culturais deles (ou da família), que os respeite a eles ou aos filhos enquanto pessoas, que saiba como ajudá-los a eles e aos filhos, que lhes diga o que fazer para ajudar os filhos, que lhes explique o que está mal com os filhos, e que goste deles e dos filhos revela que os primeiros esperam que sejam verificadas no espaço psicoterapêutico (e que, com efeito, devem ser verificadas) duas das três condições facilitadoras, de uma relação psicoterapêutica saudável: a empatia e a aceitação incondicional, derivando desta última a atitude não julgadora e a competência e preocupação, por parte do psicólogo, face aos clientes (Egan, 2007, cit. por Cormier, Nurius, & Osborn, 2009; Rogers, 1957).

Por outro lado, o facto de os pais esperarem que seja estabelecida uma relação de confiança entre os filhos e o psicólogo para que os segundos se sintam à vontade para falar, e o facto de esperarem que o psicólogo seja alguém em quem eles e os filhos podem confiar verdadeiramente revela que os primeiros reconhecem a importância de os clientes (e, assim, os seus filhos) confiarem e depositarem a sua fé no psicólogo, capacidade esta que, segundo Safran e Muran (2006) possui um papel central no processo de mudança psicoterapêutica. Este reconhecimento por parte dos pais, por sua vez, é reforçado pelo facto de os mesmos revelarem expectativas bastante altas em relação ao respeito do psicólogo pela confidencialidade das informações que lhe forem dadas, pelo facto de esperarem que os filhos revelem pensamentos e/ou sentimentos seus ao psicólogo que

não revelam a mais ninguém, e pelo facto de esperarem sentir-se confortáveis ao falar com o psicólogo dos filhos.

O facto de os pais esperarem que a intervenção psicológica os ajude a eles e aos filhos a resolver problemas, o facto de acreditarem que as sessões de Psicologia valem a pena o investimento e esperarem que a intervenção psicológica seja útil, ao ponto de acreditarem que as sessões podem ser mais eficazes do que as próprias tentativas deles para lidar com os problemas dos filhos, o facto de esperarem que a frequência do psicólogo, por parte dos filhos, contribua para uma boa relação pai-filho, que o comportamento dos filhos se altere pela ida às sessões de Psicologia, que as sessões ajudem no crescimento pessoal dos filhos, e que tanto os filhos como eles próprios ganhem alguma experiência em novas formas de resolver os seus problemas através das sessões vai ao encontro da eficácia reconhecida da Psicoterapia, em geral, no tratamento das perturbações mentais (Vasco, Santos, & Silva, 2003). Mais concretamente, e no que respeita ao tratamento das perturbações mentais da infância e da adolescência, mediante o recurso à Psicoterapia Cognitivo Comportamental, a sua eficácia é verificada na intervenção ao nível das perturbações de ansiedade (James, Soller, & Weatherall, 2005; Santacruz *et al.*, 2002), da perturbação obsessiva-compulsiva (Guggisberg, 2005, cit. por Hofmann *et al.*, 2012; Phillips, 2003, cit. por Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012), da depressão (Santacruz *et al.*, 2002), dos comportamentos disruptivos em sala de aula e comportamentos agressivos/antissociais (Lösel & Beelmann, 2003; Özabaci, 2011), da perturbação de hiperatividade e défice de atenção (Van der Oord, Oosterlaan, & Emmelkamp, 2008), do consumo de tabaco e de drogas em adolescentes, e da dor de cabeça crónica (Hofmann *et al.*, 2012).

Ainda assim, e não obstante a eficácia da Psicoterapia, a maioria dos pais pode revelar expectativas irrealistas quanto à sua (in)falibilidade, já que tal maioria refere concordar esperar que os problemas dos filhos sejam resolvidos de uma vez por todas nas sessões de Psicologia. Com efeito, o psicólogo não é dotado de uma “cura” específica para os problemas da criança e/ou do adolescente, mas sim, de ferramentas e técnicas que podem potencialmente, se não fazer desaparecer, pelo menos, ajudar a diminuir esses problemas. Por outro lado, isto prende-se com a necessidade de o psicólogo trabalhar, muitas vezes, em interrelação com outros profissionais (p.ex., médicos, professores), de modo a ter uma visão integral da criança e/ou do adolescente e, assim, saber como melhor ajudar esta última ou este último no espaço psicoterapêutico. No entanto, é expectável que os pais não tenham uma opinião firme (isto é, nem discordem, nem concordem)

quando lhes é perguntado se acreditam que para os filhos melhorarem, através das sessões de Psicologia, têm de mudar muito, pois, de facto, tal depende, geralmente, das características do problema que se está a trabalhar.

Do mesmo modo, a maioria dos pais parece ter expectativas irrealistas relativamente ao papel do psicólogo na relação terapêutica, quando refere concordar em esperar que o psicólogo lhes dê conselhos a eles e aos filhos. Com efeito, o psicólogo não dá conselhos, mas sim, faz uso de ferramentas e estratégias científicas para auxiliar o cliente a resolver um problema-alvo, cliente este que deve ser dotado de autonomia para refletir sobre possíveis soluções que podem ser colocadas em prática para resolver esse problema. O facto de a maioria dos pais concordar em esperar que o psicólogo lhes diga o que fazer para ajudar os filhos pode também sugerir que os primeiros depositam no psicólogo a tomada de decisão quanto à resolução dos problemas dos filhos, embora, mais uma vez, o consenso quanto a uma solução para o problema dependa também das sugestões dos pais e da própria criança e/ou adolescente, e da exequibilidade das mesmas.

Os pais podem, igualmente, ter expectativas irrealistas no que respeita à perceção dos efeitos positivos da Psicoterapia, a julgar pelo facto de a maioria esperar notar mudanças nos filhos, assim que as sessões começarem, e ainda que a maioria revele ter o conhecimento necessário acerca da duração das sessões. Com efeito, a maioria dos pais parece estar bem informada quando refere discordar (fortemente) em esperar que sejam necessárias apenas 3 a 4 sessões para resolver os problemas dos filhos, pois de facto, e dependendo da situação, é possível que intervenções mais pontuais, como a tomada de decisão relativamente à orientação escolar e profissional dos filhos exijam esse mesmo número de sessões. No entanto, a Psicoterapia (e aqui fala-se, por exemplo, da Psicoterapia ao nível das perturbações de humor ou de ansiedade, que exigem um trabalho elaborado entre o psicoterapeuta e o cliente) é, geralmente, de longa duração, não tendo na maior parte dos casos, uma duração fixa (Vasco, Santos, & Silva, 2003), e não sendo de esperar, por essa razão, que as mudanças nos filhos sejam visíveis logo de início.

A maioria dos pais parece esperar que o psicólogo esclareça os filhos sobre o motivo da sua ida às sessões de Psicologia revelando que têm consciência da importância de os filhos terem conhecimento da razão pelas quais frequentam o psicólogo, já que, normalmente, as crianças e adolescentes são referenciados para as sessões de Psicologia pelos seus pais, não tendo consciência dos propósitos das mesmas (Reeves & Gross, 2005). Assim, esclarecer na presença da criança ou do adolescente e dos pais o motivo pelos quais o primeiro ou a primeira são referenciados, pode ajudar o psicólogo a

estabelecer uma relação de confiança com ambas as partes, a transmitir a mensagem à criança ou ao adolescente de que é ela ou ele o nosso cliente (ao invés de o psicólogo ser percebido como um agente dos pais) (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 1999) e a evitar interpretações erróneas sobre as sessões (p.ex., algumas crianças podem achar que vão ao psicólogo como um castigo pelo seu “mau” comportamento ou como uma forma de corrigir o que funciona mal com elas, e isso pode causar-lhes uma grande ansiedade, e fazer com que, potencialmente, resistam às sessões) (Reeves & Gross, 2005).

Por outro lado, ainda que a maioria dos pais espere corretamente que o psicólogo os contacte para os pôr a par dos progressos dos filhos (algo que deve ser comunicado com o conhecimento/consentimento da criança ou do adolescente), e que o psicólogo respeite a confidencialidade das informações que lhe forem dadas, essa mesma maioria pode não ter o conhecimento necessário, ou ter até mesmo expectativas irrealistas acerca da extensão da confidencialidade dessas mesmas informações, a julgar pelo facto de os pais não terem uma opinião firme (não discordarem nem concordarem) quando lhes é perguntado se acreditam que vão saber tudo o que acontece aos filhos nas sessões de Psicologia, ou pelo facto de esperarem que os filhos lhes contem aquilo que se passa nas sessões de Psicologia. Com efeito, os pais parecem reconhecer como importante a confidencialidade das informações por parte do psicólogo, mas parecem não estar tão conscientes do direito da criança ou do adolescente ao segredo daquilo que esta partilha com o psicólogo nas sessões, ou, dito por outras palavras, do direito da criança ou do adolescente a ter o seu espaço a sós com o psicólogo. Isto é curioso, já que a maioria dos pais referiu esperar que os filhos revelassem pensamentos e/ou sentimentos seus ao psicólogo, que não revelam a mais ninguém, o que, supostamente, pressupõe que estes têm consciência de que há coisas que os filhos dizem ao psicólogo que não lhes vão contar a eles.

Por fim, os pais revelam ter um conhecimento correto sobre o papel do psicólogo quanto à amplitude das temáticas abordadas em sessão, quando referem esperar que os filhos possam dizer tudo aquilo que lhes apeter nas sessões de Psicologia, do mesmo modo que revelam ter um conhecimento adequado quanto às metodologias, muitas vezes utilizadas na Psicoterapia infantojuvenil (principalmente com crianças) quando referem esperar que o psicólogo faça atividades de carácter lúdico com os filhos. Não menos importante, a maioria dos pais revela possuir expectativas realistas quanto ao método de trabalho do psicólogo quando referem esperar que o psicólogo convença os filhos da possível gravidade dos seus problemas, ainda que se deva ter cuidado com o termo

“convencer” e não o confundir com o termo “persuadir” pois, mais uma vez, o psicólogo apenas está presente no sentido de orientar a criança e/ou o adolescente na reflexão acerca das evidências do problema para que a mesma ou o mesmo tome consciência das implicações do mesmo.

Objetivo 3: Compreender de que forma é que as expectativas parentais e diferentes caraterísticas sociodemográficas dos pais e dos filhos se relacionam.

No que respeita as caraterísticas dos pais, a idade parece não uma ter relação com as expectativas dos mesmos acerca da Psicoterapia infantojuvenil, estejam elas relacionadas com Aspectos positivos da Psicoterapia, ou com os Ganhos e Perdas advindos da mesma. Este resultado confirma, então, a hipótese de que não existem diferenças significativas ao nível das expectativas dos pais tendo em conta a sua idade, indo, assim, ao encontro dos resultados encontrados nos estudos de Day e Reznikoff (1980a) e de Shuman e Shapiro (2002a) para a mesma variável.

Ainda assim, o sexo dos pais parece ter uma relação com os Aspectos Positivos da Psicoterapia, conclusão que remonta à comparação, para além do nível de significância, entre a magnitude do efeito e a potência do teste obtidos nas diferentes análises estatísticas utilizadas para explorar a relação entre cada uma das dimensões das expectativas parentais e cada uma das caraterísticas dos pais e dos filhos. Com efeito, ainda que o tamanho do efeito verificado para o Sexo dos Pais nas análises estatísticas pertinentes efetuadas seja pequeno ($\leq .2$) (Cohen, 1988, cit. por Maroco, 2007), este é mais elevado nas análises em que o Sexo é analisado juntamente com o Nível Sociocultural dos Pais e o Acompanhamento Psicológico dos filhos, acontecendo o mesmo com a potência dos testes, ainda que o valor desta, na sua generalidade, seja reduzido ($< .8$ (Maroco, 2007).

O facto de o sexo dos pais mostrar uma relação significativa com as expectativas numas análises e não noutras pode ser fruto da artificialidade da combinação de variáveis independentes (que no mundo real poderão interagir simultaneamente) e das diferentes combinações subamostrais que foram sendo feitas em cada análise (que no mundo real poderão não estar compartimentadas). Posto isto, parece que as mães têm Expectativas Positivas acerca da Psicoterapia mais elevadas do que os pais, resultado que faz sentido se se pensar que, na maioria das vezes, são as primeiras quem acompanha os filhos ao psicólogo, ou participa até mesmo nas sessões, quando tal é necessário, o que se traduz, possivelmente, num maior conhecimento das mesmas acerca do processo psicoterapêutico e nos aspetos positivos que lhe estão implícitos. Aliás, a falta de interesse

e de disponibilidade que os pais da amostra revelaram em participar neste estudo, comparativamente às mães é um indicador de que estas últimas revelam mais interesse do que os primeiros, no que respeita às questões da Psicoterapia dos filhos, e isso, por sua vez, pode traduzir-se num maior conhecimento das mesmas acerca da Psicoterapia.

À semelhança da idade, a etnia e o acompanhamento psicológico dos pais também não apresentam relação com nenhuma das dimensões das Expectativas Parentais. O primeiro resultado confirma, então, a hipótese de que não existem diferenças significativas ao nível das expectativas dos pais, tendo em conta a sua etnia, indo, assim, ao encontro dos resultados encontrados no estudo de Nock e colaboradores (2006), e refuta a hipótese de que tais diferenças existem, contrariando os resultados encontrados no estudo de Nock e Kazdin (2001).

Por fim, ainda que o nível sociocultural dos pais não apresente relação com os Ganhos Esperados pelos mesmos na Psicoterapia infantojuvenil, parece que essa relação está presente no caso dos Aspetos Positivos. No entanto, este efeito apenas se verifica entre os níveis socioculturais extremos, com os pais pertencentes ao nível sociocultural alto a apresentarem expectativas positivas acerca da Psicoterapia mais elevadas do que os pais pertencentes ao nível sociocultural baixo. Assim, é confirmada a hipótese de que pais com um nível sociocultural mais elevado têm expectativas mais elevadas acerca da Psicoterapia, o que, por sua vez, confirma os resultados encontrados no estudo de Shuman e Shapiro (2002).

O resultado anterior faz sentido, já que os pais com um nível sociocultural mais elevado, tendo tido acesso a maiores oportunidades de aprendizagem escolar, possuem, certamente, um nível de conhecimento social e académico mais elevado do que os pais com o nível sociocultural mais baixo, estando os primeiros, consequentemente, mais consciencializados, para o papel do psicólogo na sociedade e dos benefícios da Psicoterapia para os problemas do ser humano.

No que respeita às características dos filhos, verificou-se que, embora a idade não apresente uma relação com os Aspetos Positivos, esta relação está presente no caso dos Ganhos e Perdas da Psicoterapia, independentemente do sexo dos pais. No entanto, esta relação só se verifica entre três dos grupos etários dos filhos, e para o caso das filhas, com os pais cujas filhas têm entre 11-13 anos e mais de 16 anos de idade a esperarem ganhos associados à Psicoterapia mais elevados do que os pais cujas filhas têm entre 5-10 anos. Como tal, as hipóteses de que não existem diferenças significativas ao nível das expectativas dos pais, tendo em conta a idade e o sexo dos filhos são apenas parcialmente

confirmadas, do mesmo modo que são confirmados parcialmente os resultados de Day e Reznikoff (1980a), Lewin e colaboradores (2011), Nock e colaboradores (2006) e Shuman e Shapiro (2002) acerca da idade dos filhos, e os resultados de Lewin e colaboradores (2011), Nock e colaboradores (2006) e Shuman e Shapiro acerca do sexo dos filhos.

O resultado anterior faz sentido se se pensar que com a entrada das filhas na pré-adolescência ou na adolescência tardia, os pais podem pensar na maior capacidade de maturação cognitiva e consequente autonomia e maior responsabilização das últimas, pelos seus problemas, como um sinal de que o psicólogo as conseguirá mais facilmente consciencializar para a gravidade dos seus problemas. Assim, é possível que a ideia de que as raparigas são mais abertas à partilha das suas experiências pessoais do que os rapazes esteja a contribuir para que os pais pensem que as filhas, mas não os filhos beneficiam mais da Psicoterapia.

Por fim, ainda que o acompanhamento psicológico dos filhos não apresente relação com os Ganhos e Perdas esperados pelos pais na Psicoterapia, parece que essa relação está presente no caso dos Aspectos Positivos da Psicoterapia. Com efeito, parece que os pais cujos filhos já tiveram e/ou estão a ter acompanhamento psicológico apresentam expectativas acerca dos aspetos positivos da Psicoterapia em relação ao papel de cada um dos seus intervenientes, e em relação aos seus resultados, mais elevadas do que os pais cujos filhos nunca tiveram acompanhamento psicológico. Este resultado faz sentido já que, muito provavelmente, os pais cujos filhos já estiveram ou estão a ter acompanhamento psicológico têm um maior conhecimento acerca das características da Psicoterapia infantojuvenil do que os pais cujos filhos nunca tiveram esse acompanhamento. Ainda assim, não deixa de ser curioso que, embora os pais cujos filhos tiveram ou estão a ter acompanhamento psicológico tenham expectativas mais elevadas acerca dos aspetos positivos da Psicoterapia infantojuvenil, tal não aconteça quando os próprios pais já tiveram ou estão a ter acompanhamento psicológico. E aqui, coloca-se a hipótese de que ou talvez os pais tenham recebido esse acompanhamento psicológico na infância e/ou na adolescência, já não se lembrando das características da Psicoterapia infantojuvenil, ou a hipótese de que talvez os pais tenham recebido ou estejam a receber esse acompanhamento na idade adulta, dando a sua opinião acerca do que esperam ver de aspetos positivos na Psicoterapia infantojuvenil com base na Psicoterapia destinada a adultos, o que nem sempre coincide. Por fim, o facto de os pais terem tido ou estarem a ter problemas psicológicos pode contribuir também para influenciar negativamente as

percepções deles acerca dos aspetos positivos da Psicoterapia dos filhos, ao invés de contribuir para um conhecimento mais fidedigno acerca da última.

6. Considerações Finais

6.1. Limitações e Investigações Futuras

Embora as conclusões do presente estudo sejam muito satisfatórias, existem algumas limitações inerentes ao mesmo. Em primeiro lugar, como já se referiu anteriormente, a utilização de técnicas estatísticas não paramétricas para analisar alguns resultados (nomeadamente, aqueles que se verificaram significativos), pode fazer com que estes não reflitam a realidade. Do mesmo modo, a utilização de testes paramétricos, sem que se tivessem verificado todos os pressupostos que permitem a realização dos mesmos (nomeadamente, o pressuposto da normalidade na ANOVA, ainda que como já referido, tal não seja problemático para a utilização desta técnica estatística) (Maroco, 2007) pode ter enviesado os resultados que foram obtidos através das mesmas. Por fim, e no que toca às técnicas estatísticas utilizadas, também os tamanhos do efeito e as potências do teste reduzidas que foram obtidos nas análises realizadas (e aqui, consideram-se, mais uma vez, as análises da ANOVA), pode ter enviesado a decisão estatística tomada quanto ao efeito significativo das variáveis em estudo.

Em segundo lugar, o facto haver discrepâncias numéricas das subamostras trabalhadas em função de cada variável independente, à exceção da etnia dos pais, e ainda que tais discrepâncias não sejam muito acentuadas, pode ter limitado a significância dos resultados obtidos. Do mesmo modo, o facto de o tamanho das subamostras anteriores ser, por vezes, menor do que o número de casos recomendados (p.ex., o número de pais homens que já estiveram e/ou estão a ter acompanhamento psicológico) pode ter limitado o poder estatístico para a deteção de associações significativas entre algumas variáveis. As limitações anteriores tornam-se ainda um problema maior se considerarmos a artificialidade da combinação das variáveis independentes, já referida anteriormente, no estudo, e o número de casos menor do que o recomendado das subamostras que lhes são subjacentes.

Por fim, os resultados deste estudo não consideram a fase psicoterapêutica a que remontam as expectativas dos pais cujos filhos já estiveram e/ou estão a ter acompanhamento psicológico ou a dos próprios pais que já tiveram e/ou estão a ter esse acompanhamento, e que podem variar consoante essa mesma fase. Com efeito, é possível que pais cujo acompanhamento psicológico dos filhos ou o dos próprios tenha remontado e/ou remonte a uma fase mais avançada (p.ex., fase da intervenção) tenham expectativas

mais elevadas e/ou precisas do que os pais cujo acompanhamento psicológico dos filhos ou o dos próprios tenha remontado e/ou remonte a uma fase inicial (p.ex., primeira ou segunda sessão da fase de avaliação), dado que na primeira situação os pais já terão tido, muito provavelmente a oportunidade de corrigir expectativas baixas e/ou imprecisas acerca da Psicoterapia dos filhos (Day & Reznikoff, 1980b). Do mesmo modo, os resultados deste estudo não consideram que as expectativas dos pais podem ter variado consoante o grau de satisfação dos mesmos e dos filhos em relação ao acompanhamento psicológico de ambos, sendo possível que os pais e/ou filhos insatisfeitos tenham expectativas mais baixas e/ou imprecisas acerca dos serviços de Psicologia, do que os pais mais satisfeitos, e que isso tenha influenciado os resultados obtidos. Como tal, em investigações futuras seria interessante relacionar as expectativas dos pais e a fase do processo psicoterapêutico em que se tenha situado e/ou situe o acompanhamento psicológico dos mesmos ou dos filhos, e o respetivo grau de satisfação de ambos face ao acompanhamento.

Para além da sugestão supracitada, em investigações futuras seria importante avaliar a validade (por exemplo, de construto) do QEPPI, para além da consistência interna (não obstante a validade de algumas medidas nas quais a construção do QEPPI se baseou ser um potencial indicador da validade de construto desta medida). Com efeito, se o QEPPI for uma medida válida das expectativas dos pais, as pontuações desta medida estarão significativamente associadas às pontuações de medidas de construtos relacionados, tais como a motivação para a intervenção psicoterapêutica, dado que se espera que os pais que acreditam que a intervenção psicoterapêutica é credível e suscetível de conduzir à mudança, estejam mais motivados para a intervenção psicoterapêutica (Nock *et al.*, 2006).

Num contexto clínico, seria interessante analisar a relação entre as expectativas parentais e a capacidade das mesmas em prever barreiras à participação na psicoterapia infantojuvenil, assim como a comparência e o término prematuro na psicoterapia, do mesmo modo que seria interessante comparar as expectativas dos pais, dos filhos e dos psicoterapeutas, à semelhança de estudos já efetuados.

6.2. Conclusão Geral

O envolvimento dos pais tem sido considerado como fundamental na Psicoterapia com crianças e adolescentes, não só pelo facto de serem os primeiros quem, tipicamente,

inicia a Psicoterapia e toma a decisão final sobre quanto tempo esta irá durar (Nock & Ferriter, 2005; Weisz *et al.*, 2013), mas também pelo facto de muitas perturbações infantojuvenis serem vistas como o resultado da interação entre fatores individuais e acontecimentos ambientais que decorrem no seio familiar (Sá, 2005).

Dado o papel relevante dos pais, as expectativas que os mesmos têm acerca da eficácia e a estrutura da Psicoterapia podem ter uma importância primária no desenvolvimento desta última (Morrisey-Kane & Prinz, 1999). Com efeito, diversos estudos têm demonstrado que expectativas parentais imprecisas e/ou baixas contribuem para uma menor comparência, um maior risco de término precoce, maiores barreiras à intervenção, e maior insatisfação da família face à Psicoterapia (p.ex., Burck, 1975, cit. por Morrisey-Kane & Prinz, 1999; Nock & Kazdin, 2001), embora alguns autores associem estes resultados tanto com expectativas muito baixas como com expectativas muito altas (Nock & Kazdin, 2001). Assim sendo, as intervenções que têm visado modificar as expectativas anteriores, fornecendo informação sobre a Psicoterapia aos pais têm-se relevado essenciais para garantir o envolvimento e interesse saudáveis dos pais e dos filhos na mesma (p.ex., Nock & Ferriter, 2005).

Mas os estudos também têm demonstrado que determinadas características sociodemográficas dos pais e dos filhos (níveis de psicopatologia dos pais e dos filhos, nível socioeconómico dos pais, sexo dos filhos, etnia dos pais, idade dos filhos e dos pais, nível de educação e profissão parental, e estatuto monoparental) estão relacionadas com as expectativas parentais acerca da Psicoterapia (p.ex., Nock & Kazdin, 2001; Nock *et al.*, 2006; Shuman & Shapiro, 2002). No entanto, esta relação nem sempre se verifica.

Tendo em conta a literatura apresentada, o presente estudo pretendeu analisar as expectativas dos pais acerca da Psicoterapia com crianças e adolescentes, através de uma medida construída para o efeito, bem como analisar a relação entre essas expectativas e variáveis sociodemográficas e psicossociais dos pais e dos filhos. Como já referido, anteriormente, conclui-se que 1) o Questionário de Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia Infantojuvenil é uma medida das expectativas dos pais, internamente consistente, constituída por 39 itens, e cujos seus componentes representam os domínios das Expectativas Positivas, e as Expectativas sobre os Ganhos esperados pelo Cuidador, na Psicoterapia infantojuvenil, 2) os pais têm expectativas maioritariamente elevadas e/ou precisas acerca da Psicoterapia dos filhos, nomeadamente, no que respeita a expectativas positivas; 3) o sexo e o nível sociocultural dos pais apresentam uma relação com as expectativas positivas acerca da psicoterapia, a idade em interação com o sexo, e

o acompanhamento psicológico dos filhos apresentam uma relação positiva com os ganhos esperados pelos pais acerca da psicoterapia, e a idade, a etnia e o acompanhamento psicológico dos pais não apresentem relação com ambas as componentes das expectativas parentais.

6.3. Implicações para a Teoria e Prática Clínica

As conclusões do presente estudo acrescentam algo à literatura existente sobre as expectativas dos pais acerca da Psicoterapia infantojuvenil.

Em primeiro lugar, este estudo fornece uma medida de avaliação das expectativas parentais que pode ser aplicado a pais que tenham filhos inseridos num grupo etário vasto. Isto é importante se se considerar que a maioria das escassas medidas já existentes que avaliam as expectativas anteriores foram aplicadas em pais com filhos situados na faixa de desenvolvimento infância - pré-adolescência.

Em segundo lugar, as expectativas têm provado ser um importante preditor da participação na intervenção e dos resultados na literatura da Psicoterapia com adultos, mas não têm sido o foco de muita investigação com o público mais jovem e respetivas famílias (Kazdin, 2001). Deste modo, o *QEPPi* pode ser aplicado nas primeiras sessões de Psicoterapia, sendo útil na identificação de famílias em risco de término prematuro, ou daquelas que são suscetíveis de mais beneficiar da Psicoterapia.

Em terceiro lugar, este estudo apresenta um panorama atualizado das expectativas dos pais acerca da psicoterapia infantojuvenil (tendo em conta que a maioria dos estudos apresentados acerca das expectativas parentais datam da segunda metade do século passado), e que revela as expectativas não só de pais, mas também de mães (tendo em conta que a amostra da maioria dos estudos existentes é constituída maioritariamente por mães). Considerando, por sua vez, que este panorama revela um conjunto de pais e de mães que, na sua generalidade, possuem expectativas precisas acerca da Psicoterapia, o mesmo vem demonstrar que esse mesmo conjunto de pais se mostra bastante conhecedor acerca do funcionamento da Psicoterapia infantojuvenil, algo que é bastante positivo, dado a relação, anteriormente referida, entre as expectativas imprecisas e as barreiras à psicoterapia, a não comparência às sessões, o término precoce da psicoterapia, e a satisfação com os serviços prestados (Day & Reznikoff, 1980a; Nock & Kazdin, 2001; Shuman & Shapiro, 2002). Ainda que isto não invalide a utilidade de se aplicar o *QEPPi* nas primeiras sessões de Psicologia aos pais, constitui um fator facilitador para que os resultados negativos, referidos anteriormente, não se verifiquem.

Em quarto lugar, para além das características como o sexo (dos filhos), a idade (dos pais e dos filhos), a etnia, o estatuto socioeconómico e o estatuto sociocultural (dos pais), este estudo é inovador na medida em que relaciona as expectativas parentais com o sexo e o estatuto sociocultural (ainda que este seja uma medida indireta do estatuto socioeconómico) dos pais, e, principalmente, com o acompanhamento psicológico dos pais e dos filhos, algo não discutido na literatura anterior. E aqui, não obstante os pais apresentarem expectativas maioritariamente elevadas e/ou precisas acerca da Psicoterapia, este estudo vem demonstrar que, ainda assim, existem grupos de pais, possivelmente, mais suscetíveis de experienciar obstáculos à Psicoterapia, já que para os mesmos as expectativas não são tão precisas e/ou elevadas. São eles o pai, os pais e mães pertencentes a um nível sociocultural baixo e os pais cujos filhos nunca tiveram um acompanhamento psicológico. Assim sendo, talvez fosse prioritário aplicar o QEPPI a estes grupos no início da Psicoterapia, de forma a identificar expectativas imprecisas dos mesmos e a corrigi-las, de forma a evitar obstáculos à psicoterapia, mediante, por exemplo, a divulgação de panfletos, ou através de uma sessão inicial de esclarecimento dessas mesmas expectativas.

Por fim, e relacionado com a medida de acompanhamento psicológico dos filhos, contrariamente à maioria dos estudos existentes que foram realizados com pais de jovens clinicamente referenciados (devido sobretudo a problemas de externalização), este estudo é mais abrangente, na medida em que compara pais de jovens clinicamente referenciados (i.e., jovens que já estiveram ou estão a ter acompanhamento psicológico) com pais de jovens não referenciados (i.e., jovens que nunca tiveram acompanhamento psicológico) sendo possível que alguns desses jovens tenham sido referenciados não só por problemas de externalização, como também por problemas de internalização.

7. Referências Bibliográficas

- Aegisdóttir, S., Gerstein, L. H., & Gridley, B. E. (2000). The factorial structure of the expectations about counseling questionnaire-brief form: some serious questions. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 33(1), 3-20.
- Arnkoff, D.B., Glass, C.R., & Shapiro, S. J. (2002). Expectancies and preferences. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 335-356). New York: Oxford University Press.
- Beck, A. T, Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865.
- Berzins, J. L. (1977). Therapist-patient matching. In A. S. Gurman & A.M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: a handbook of research* (pp. 222-251). Oxford: Pergamon Press.
- Bickman, L., Athay, M. M., Riemer, M., Lambert, W., Kelley, S. D., Breda, C., ...Vides de Andrade, A.R. (2007). Manual of the Peabody Treatment Progress Battery (2nd ed.) [Electronic Version]. Nashville, TN: Vanderbilt University.
- Bonner, B. L., & Everett, F. L. (1986). Influence of client preparation and problem severity on attitudes and expectations in child psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17(3), 223-229.
- Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 611-619.
- Borkovec, T. D., & Nau, S. D. (1972) Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3(4), 257-260.
- Cohen, R., & Richardson, C. (1970). A retrospective study of case attrition in a child psychiatric clinic. *Social Psychiatry*, 5(2), 77-83.
- Cormier, S., Nurius, P.S. & Osborn, C.J. (2009). *Interviewing and change strategies for helpers* (6^a Ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole.

- Day, L., & Reznikoff, M. (1980a). Social class, the treatment process, and parents' and children's expectations about child psychotherapy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 9(3), 195-198.
- Day, L., & Reznikoff, M. (1980b). Preparation of children and parents for treatment at a children's psychiatric clinic through videotaped modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(2), 303-304.
- Deater-Deckard, K., Dodge, K. A., Bates, J. E., & Pettit, G.S. (1998). Multiple risk factors in the development of externalizing behavior problems: group and individual differences. *Development and Psychopathology*, 10(3), 469-493.
- Deville, G. J., & Borkovec, T. D. (2000). Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychology*, 31(2), 73-86.
- Dew, S.E., & Bickman, L. (2005). Client expectations about therapy. *Mental Health Services Research*, 7(1), 21-33.
- Dew-Reeves, S. E., & Athay, M. M. (2012). Validation and use of the youth and caregiver treatment outcome expectations scale (TOES) to assess the relationships between expectations, pretreatment characteristics, and outcomes. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 39(1-2), 90-103.
- Farley, O., Peterson, K., & Spanos, G. (1975) Self-termination from a child guidance center. *Community Mental Health Journal*, 11(3), 325-334.
- Fauber, R.L., & Long, N. (1991). Children in context: the role of the family in child psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(6), 813-820.
- Furey, W.M., & Basili, L.A. (1988). Predicting consumer satisfaction in parent training for noncompliant children. *Behavior Therapy*, 19(4), 555-564.
- Garland, A. E., & Besinger, B. A. (1996). Adolescents' perceptions of outpatient mental health services. *Journal of Child and Family Studies*, 5(3), 355-375.

- Gould, M. S., Shaffer, D., & Kaplan, D. (1985). The Characteristics of dropouts from a child psychiatry Clinic. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24(3), 316-328.
- Hailparn, D.F., & Hailparn, M. (2000). Parent as saboteur in the therapeutic treatment of children. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 30(4), 341-351.
- Hatchett, G. T., & Han, K. (2006). Development and evaluation of new factor scales for the expectancies about counseling inventory in a college sample. *Journal of Clinical Psychology*, 62(10), 1303-1318.
- Hawley, K. M., & Weisz, J.R. (2003). Child, parent, and therapist (dis)agreement on target problems in outpatient therapy: the therapist's dilemma and its implications. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(1), 62-70.
- Hayes, T. J., & Tinsley, H. E. A. (1989). Identification of the latent dimensions of instruments that measure perceptions of and expectations about counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 36(4), 492-500.
- Heitler, J. (1976). Preparatory techniques in initiating expressive psychotherapy with lower-class, unsophisticated patients. *Psychological Bulletin*, 83(2), 339-352.
- Henggeler, S.W. (1994). A consensus: conclusions of the APA task force report on innovative models of mental health services for children, adolescents, and their families. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23(4), 3-6.
- Hofmann, S.G., Asnaani, A., Vonk, I.J.J., Sawyer, A.T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy Research*, 36(5), 427-440.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões de 2010*. Lisboa: INE, I.P.
- James, A., Soler, A., & Weatherall, R. (2005). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD004690.

- Kazdin, A.E. (1996). Dropping out of child therapy: Issues for research and implications for practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatric*, 1(1), 133-156.
- Kazdin, A.E. (2003). Psychotherapy for children and adolescents. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 253-276.
- Kazdin, A.E., Bass, D., Ayers, W.A., & Rodgers, A. (1990). Empirical and clinical focus of child and adolescent psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(6), 729-740.
- Kazdin, A. E., & Crowley, M. (1997). Moderators of treatment outcome in cognitively based treatment of antisocial children. *Cognitive Therapy and Research*, 21(2), 185-207.
- Kazdin, A. E., Holland, L., & Crowley, M. (1997). Family experience of barriers to treatment and premature termination from child therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3), 453-463.
- Kazdin, A.E., Mazurick, J. L., & Bass, D. (1993). Risk for attrition in treatment of antisocial children and families. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(1), 2-16.
- Kazdin, A. E., Stolar, M. J., & Marciano, P. L. (1995). Risk factors for dropping out of treatment among white and black families. *Journal of Family Psychology*, 9(4), 402-417.
- Kazdin, A.E., & Weisz, J. R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 19-36.
- Kendall, P.C., & Sugarman, A. (1997). Attrition in the treatment of childhood anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 883-888.
- Kendall, P.C., & Choudhury. (2003). Children and adolescents in cognitive-behavioral therapy: some past efforts and current advances, and the challenges in our future. *Cognitive Therapy and Research*, 27(1), 89-104.
- Lewin, A. B., Peris, T. S., Bergman, R. L., McCracken, J. T., & Piacentini, J. (2011). The role of treatment expectancy in youth receiving exposure-based CBT for obsessive compulsive disorder. *Behavior and Research Therapy*, 49(9), 536-543.

- Lösel, F., & Beelmann, A. (2003). Effects of child skills training in preventing antisocial behavior: A systematic review of randomized evaluations. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 587(1), 84–109.
- Mackenzie, C.S., Knox, V. J., Gekoski, W. L., & Macaulay, H. L. (2004). An adaptations and extension of the attitudes toward seeking professional Psychological Help Scale. *Journal of Applied Social Psychology*, 34(11), 2410-2435.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística – Com utilização do SPSS* (3ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- McMahon, R.J., Forehand, R, & Griest, D. L. (1981). Effects of knowledge of social learning principles on enhancing treatment outcome and generalization in a parent training program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(4), 526-532.
- Miller, G. E., & Prinz, R. J. (1990). Enhancement of social learning family interventions for childhood conduct disorder. *Psychological Bulletin*, 108(2), 291-307.
- Morrissey-Kane, E., Prinz, R. J. (1999). Engagement in child and adolescent treatment: the role of parental cognitions and attributions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(3), 183-198.
- Nock, M. K., Ferriter, C. (2005). Parent management of attendance adherence in child and adolescent therapy: a conceptual and empirical review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8(2), 149-166.
- Nock, M. K., Ferriter, C., & Holmberg, E. (2006). Parent beliefs about treatment credibility and effectiveness: assessment and relation to subsequent treatment participation. *Journal of Child and Family Studies*, 16(1), 27-38.
- Nock, M.K., Phil, M., & Kazdin, A.E. (2001). Parent expectancies of child therapy: assessment and relation to participation in treatment. *Journal of Child and Family Studies*, 10(2), 155-180.
- Novick, J., Benson, R., & Rembar, J. (1981). Patterns of termination in an outpatient clinic for children and adolescents: agreed termination and nonagreed termination. *Journal of The American Academy of Child Psychiatry*, 20(4), 834-844.

- Özabaci, N. (2011) Cognitive behavioural therapy for violent behavior in children and adolescents: A meta-analyses. *Children and Youth Services Review*, 33(10), 1989-1993.
- Pallant, J. (2011). *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS* (4ª Ed.). Crows Nest: Allen & Unwin.
- Pekarik, G., & Stephenson, L.A. (1988). Adult and child client differences in therapy dropout research. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17(4), 316-321.
- PORDATA (2017). *População residente em idade activa: total e por grupos etários*. Obtido de: <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>.
- Plunkett, J.W. Parents' Treatment expectations and attrition from a child psychiatric service. *Journal of Clinical Psychology*, 40(1), 372-377.
- Reeves, C., & Gross, A. (2005). La entrevista conductual con niños. In V.E. Caballo (Ed.). *Manual para la evaluation clinica de los transtornos psicológicos: estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad* (pp. 63-75). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Rogers (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.
- Sá, I. (2005). Caraterísticas da terapia com crianças e adolescentes: Implicações para a prática clínica. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 10(1), 5-18.
- Safran, J., & Muran, J. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Training*, 43(3), 286-291.
- Santacruz, I., Orgilés, M., Rosa, A.I., Sánchez-Meca, J., Méndez, X., & Olivares, J. (2002). Ansiedad generalizada, ansiedade por separación y fobia escolar: el predomínio de la terapia cognitivo-conductual. *Psicologia Conductual*, 10(3), 503-521
- Shuman, A. L., & Shapiro, J. P. (2002). The effects of preparing parents for child psychotherapy on accuracy of expectations and treatment attendance. *Community Mental Health Journal*, 38(1), 3-16.

- Sigelman, C. K., & Mansfield, K. A. (1992). Knowledge of and receptivity to psychotherapy treatment in childhood and adolescence. *Journal of Child Clinical Psychology*, 21(1), 2-9.
- Sommers-Flanagan, R., & Sommers-Flanagan, J. (1999). *Interviewing young clients*. In J. Sommers-Flanagan & R. Sommers-Flanagan (Eds.), *Clinical interviewing* (5^a ed., pp. 307-338). New York: John Wiley & Sons.
- Stewart, P. K. (2008). What Happens in Therapy? Adolescents' Expectations and Perceptions of Psychotherapy (Unpublished doctoral dissertation), University of Kansas: Lawrence.
- Stewart, P. K., Steele, M. M., & Roberts, M. C. (2014). What happens in therapy? Adolescents' expectations and perceptions of psychotherapy. *Journal of Child and Family Studies*, 23(1), 1-9.
- Sue, S., & Zane, N. (1987). The role of culture and cultural techniques in psychotherapy: a critique and reformulation. *American Psychologist*, (1), 37-45.
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2007). *Using multivariate statistics* (5^a Ed.). Boston: Pearson Education.
- Tavares, J., Pereira, A.S., Gomes, A.A., Monteiro, S., & Gomes, A. (2011). *Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem*. Porto: Porto Editora.
- Tinsley, D. J., Holt, M. S., Hinson, J. A., & Tinsley, H. E. A. (1991). A construct validation study of expectations about counseling-brief form: factorial validity. *Measurement and evaluation in counseling and development*, 24(3), 101, 110.
- Tinsley, E. A., & Harris, D. J. (1976). Client expectations for counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 23(3), 173-177.
- Tinsley, H. E. A., Workman, K. R., & Kass, R. A. (1980). Factor analyses of the domain of client expectancies about counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 27(6), 561-570.
- Van der Oord, S., Prins, P.J., Oosterlaan, J., & Emmelkamp, P.M. (2008). Efficacy of methylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD: A meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 28(5), 783-800.

- Vasco, A. B., Santos, O., Silva, F. (2003). Psicoterapia sim! Eficácia, efectividade e psicoterapeutas (em Portugal). *Psicologia*, 17(2), 485-495.
- Weiss, S. L., & Dlugokinski, E. L. (1974). Parental Expectancies of Psychotherapy. *Journal of Psychology*, 86(1), 71-80.
- Weisz, J.R., & Weiss, B. (1991). Studying the “referability” of child clinical problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 266-273.
- Weisz, J. R., Yi Ng, Mei., Rutt, C., Lau, N., & Masland, S. (2013). Psychoterapy for children and adolescents. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 541-586). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analyses of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 190-195.

Anexo A

Folha de Informação Geral

Folha de Informação Geral

Pais

As seguintes questões serão sobre si

Idade ____

Sexo

M ☐ F ☐

Nacionalidade _____

Concelho de residência _____

Raça/etnia

☐ Caucasiana ☐ Asiática ☐ Africana ☐ Outra (especifique): _____

Nível de escolaridade completo

☐ 1-4 anos de escolaridade ☐ 7-9 anos de escolaridade ☐ Licenciatura ☐ Doutoramento

☐ 5-6 anos de escolaridade ☐ 10-12 anos de escolaridade ☐ Mestrado

Profissão _____

Acompanhamento psicológico (assinale a opção que mais se adequa à atualidade)

☐ Já teve um acompanhamento psicológico.

☐ Está a ter um acompanhamento psicológico.

☐ Nunca teve um acompanhamento psicológico.

Filhos

As seguintes questões serão sobre o(s)/a(s) seu(s)/suas(s) filho(s)/a(s)

Filhos apenas com idades entre os 5 e os 17 anos (inclusive):

Nº de filhos	Idade	Sexo		Nº de filhos	Idade	Sexo	
1		M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	6		M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
2		M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	7		M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
3		M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	8		M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
4		M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	9		M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
5		M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	10		M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>

Acompanhamento psicológico do/a(s) filho/a(s) (assinale a opção que mais se adequa à atualidade)

☐ Já teve/tiveram um acompanhamento psicológico.

☐ Está/estão a ter um acompanhamento psicológico.

☐ Nunca teve/tiveram um acompanhamento psicológico.

Anexo B

Questionário de Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia Infantojuvenil (QEPPI)

Expectativas dos Pais sobre a Psicoterapia Infantojuvenil – QEPPi

Os pais têm, frequentemente, expectativas diferentes sobre o processo de acompanhamento psicológico dos filhos. Em baixo, encontrará uma lista de itens sobre o que os pais podem ou não esperar deste acompanhamento. Para cada item, peço-lhe que pense nas suas próprias expectativas e que selecione a resposta que melhor se adequa a si.

	Discordo fortemente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo fortemente
1. Acredito que apenas o/a meu/minha filho/a terá sessões com o psicólogo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Espero que sejam necessárias apenas 3/4 sessões para resolver os problemas do/a meu/minha filho/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Espero que o psicólogo convença o/a meu/minha filho/a da possível gravidade dos seus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Espero sentir-me confortável ao falar com o psicólogo do/a meu/minha filho/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Espero que o facto de o/a meu/minha filho/a estar no psicólogo contribua para uma boa relação entre nós.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Espero que o psicólogo respeite a confidencialidade das informações que lhe forem dadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Espero que o psicólogo adote a minha perspetiva do problema e não a do/a meu/minha filho/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Espero poder participar na definição dos objetivos da intervenção psicológica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Espero que o/a meu/minha filho/a me conte o que se passa nas sessões de Psicologia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Espero que o psicólogo respeite os meus (ou da minha família) hábitos e/ou costumes culturais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Espero que a minha única responsabilidade seja fazer com que o/a meu/minha filho/a vá às sessões de Psicologia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Discordo fortemente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo fortemente
12. Espero que o psicólogo esclareça o/a meu/minha filho/a sobre o motivo da sua ida às sessões de Psicologia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Espero que a intervenção psicológica me ajude a mim e ao/à meu/minha filho/a a resolver problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Acredito que as sessões de Psicologia podem ser mais eficazes do que as minhas próprias tentativas para lidar com os problemas do/a meu/minha filho/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Espero que o psicólogo me dê conselhos a mim e ao/à meu/minha filho/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Acredito que a minha participação nas sessões de Psicologia seja importante na intervenção com o/a meu/minha filho/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Espero que os problemas do/a meu/minha filho/a sejam resolvidos de uma vez por todas nas sessões de Psicologia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Espero que o psicólogo faça atividades de caráter lúdico com o/a meu/minha filho/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Acredito que as sessões de Psicologia valem a pena o investimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Espero que as sessões de Psicologia ajudem no crescimento pessoal do/a meu/minha filho/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Espero que o psicólogo saiba como ajudar-me a mim e ao/à meu/minha filho/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Espero que o/a meu/minha filho/a revele pensamentos e/ou sentimentos seus ao psicólogo, que não revela a mais ninguém.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Discordo fortemente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo fortemente
23. Espero que haja um trabalho conjunto entre mim, o/a meu/minha filho/a e o psicólogo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Espero que o/a meu/minha filho/a ganhe alguma experiência em novas formas de resolver os seus problemas nas sessões de Psicologia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Espero que o psicólogo me contacte para me pôr a par dos progressos do/a meu/minha filho/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Espero ganhar alguma experiência em novas formas de resolver os problemas do/a meu/minha filho/a através das sessões de Psicologia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Espero que o psicólogo demonstre empatia para comigo e com o/a meu/minha filho/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Espero que seja estabelecida uma relação de confiança entre o/a meu filho/a e o psicólogo para que o/a meu/minha filho/a se sinta à vontade para falar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Espero que o/a meu/minha filho/a possa dizer o que lhe apetecer nas sessões de Psicologia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Acredito que para o/a meu/minha filho/a melhorar, através das sessões de Psicologia, vai ter de mudar muito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Acredito que vou saber tudo o que acontece ao/à meu/minha filho/a nas sessões de Psicologia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Espero que o psicólogo seja alguém em quem eu e o/a meu/minha filho/a possamos confiar verdadeiramente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Espero que o psicólogo me diga o que fazer para ajudar o/a meu/minha filho/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Discordo fortemente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo fortemente
34. Espero que o psicólogo me explique o que está mal com o/a meu/minha filho/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Espero que o psicólogo me respeite a mim e ao/à meu/minha filho/a enquanto pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Espero notar mudanças no/a meu/minha filho/a assim que as sessões de Psicologia começarem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Espero que o comportamento do/a meu/minha filho/a se altere pela ida às sessões de Psicologia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Espero que a intervenção psicológica seja útil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Espero que o psicólogo goste de mim e do/a meu/minha filho/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo C

Síntese dos questionários utilizados como referência para a construção de itens do Questionário de Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia Infantojuvenil (QEPPI).

Tabela 1. *Síntese dos questionários utilizados como referência para a construção de itens do Questionário de Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia Infantojuvenil (QEPPPI)*

Escala	Nº do item	Item	Com base no questionário:
EPP	1	Acredito que apenas o/a meu/minha filho/a terá sessões com o psicólogo.	PETS/PEPI
ER	2	Espero que sejam necessárias apenas 3/4 sessões para resolver os problemas do/a meu/minha filho/a.	TS/PETS/PEPI
EPPSI	3	Espero que o psicólogo convença o/a meu/minha filho/a da possível gravidade dos seus problemas.	-
EPP	4	Espero sentir-me confortável ao falar com o psicólogo do/a meu/minha filho/a.	PEPI
ER	5	Espero que o facto de o/a meu/minha filho/a estar no psicólogo contribua para uma boa relação entre nós.	TOES
EPPSI	6	Espero que o psicólogo respeite a confidencialidade das informações que lhe forem dadas.	PETS/TPEI
EPPSI	7	Espero que o psicólogo adote a minha perspetiva do problema e não a do/a meu/minha filho/a.	PEPI
EPP	8	Espero poder participar na definição dos objetivos da intervenção psicológica.	PEPI
EPF	9	Espero que o/a meu/minha filho/a me conte o que se passa nas sessões de Psicologia.	-
EPPSI	10	Espero que o psicólogo respeite os meus (ou da minha família) hábitos e/ou costumes culturais.	TPEI
EPP	11	Espero que a minha única responsabilidade seja fazer com que o/a meu/minha filho/a vá às sessões de Psicologia.	PEPI

Tabela 1 (Cont.). *Síntese dos questionários utilizados como referência para a construção de itens do Questionário de Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia Infantojuvenil (QEPPi)*

Escala	Nº do item	Item	Com base no questionário:
EPPSI	12	Espero que o psicólogo esclareça o/a meu/minha filho/a sobre o motivo da sua ida às sessões de Psicologia.	-
ER	13	Espero que a intervenção psicológica me ajude a mim e ao/à meu/minha filho/a a resolver problemas.	TOES
ER	14	Acredito que as sessões de Psicologia podem ser mais eficazes do que as minhas próprias tentativas para lidar com os problemas do/a meu/minha filho/a.	PETS
EPPSI	15	Espero que o psicólogo me dê conselhos a mim e ao/à meu/minha filho/a.	EAC-B
EPP	16	Acredito que a minha participação nas sessões de Psicologia seja importante na intervenção com o/a meu/minha filho/a.	PETS
ER	17	Espero que os problemas do/a meu/minha filho/a sejam resolvidos de uma vez por todas no psicólogo.	EAC-B
EPPSI	18	Espero que o psicólogo faça atividades de caráter lúdico com o/a meu/minha filho/a.	TS/PEPI
ER	19	Acredito que as sessões de Psicologia valam a pena o investimento.	PETS
ER	20	Espero que as sessões de Psicologia ajudem no crescimento pessoal do/a meu/minha filho/a.	TOES
EPPSI	21	Espero que o psicólogo saiba como ajudar-me a mim e ao/à meu/minha filho/a.	EAC-B
EPF	22	Espero que o/a meu/minha filho/a revele pensamentos e/ou sentimentos seus ao psicólogo, que não revela a mais ninguém.	-
EPP	23	Espero que haja um trabalho conjunto entre mim, o/a meu/minha filho/a e o psicólogo.	TPEI

Tabela 1 (Cont.). *Síntese dos questionários utilizados como referência para a construção de itens do Questionário de Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia Infantojuvenil (QEPPi)*

Escala	Nº do item	Item	Com base no questionário:
EPF	24	Espero que o/a meu/minha filho/a ganhe alguma experiência em novas formas de resolver os seus problemas nas sessões de Psicologia.	EAC-B
EPPSI	25	Espero que o psicólogo me contacte para me pôr a par dos progressos do/a meu/minha filho/a.	PETS
EPP	26	Espero ganhar alguma experiência em novas formas de resolver os problemas do/a meu/minha filho/a através das sessões de Psicologia.	EAC-B
EPPSI	27	Espero que o psicólogo demonstre empatia para comigo e com o/a meu/minha filho/a.	EAC-B
EPF	28	Espero que seja estabelecida uma relação de confiança entre o/a meu/minha filho/a e o psicólogo para que o/a meu/minha filho/a se sinta à vontade para falar.	EAC-B
EPF	29	Espero que o/a meu/minha filho/a possa dizer o que lhe apetecer nas sessões de Psicologia.	TS
EPF	30	Acredito que para o/a meu/minha filho/a melhorar, através das sessões de Psicologia, vai ter de mudar muito.	TPEI
EPP	31	Acredito que vou saber tudo o que acontece ao/à meu/minha filho/a nas sessões de Psicologia.	PETS/TS
EPPSI	32	Espero que o psicólogo seja alguém em quem eu e o/a meu/minha filho/a possamos confiar verdadeiramente.	EAC-B
EPPSI	33	Espero que o psicólogo me diga o que fazer para ajudar o/a meu/minha filho/a.	EAC-B

Tabela 1 (Cont.). *Síntese dos questionários utilizados como referência para a construção de itens do Questionário de Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia Infantojuvenil (QEPPPI)*

Escala	Nº do item	Item	Com base no questionário:
EPPSI	34	Espero que o psicólogo me explique o que está mal com o/a meu/minha filho/a.	EAC-B
EPPSI	35	Espero que o psicólogo me respeite a mim e ao/à meu/minha filho/a enquanto pessoas.	EAC-B
ER	36	Espero notar mudanças no/a meu/minha filho/a, assim que as sessões começarem.	PETS
ER	37	Espero que o comportamento do/a meu/minha filho/a se altere pela ida às sessões de Psicologia.	TOES
ER	38	Espero que a intervenção psicológica seja útil.	PEPI/PETS
EPPSI	39	Espero que o psicólogo goste de mim e do/a meu/minha filho/a.	EAC-B

Anexo D

Caraterização da amostra do estudo

Tabela 3. *Caraterização da amostra do estudo*

Caraterísticas dos Pais		
N		230
Sexo		
	Masculino	97 (42.2%)
	Feminino	133 (57.8%)
Idade		
	M	41,79
	DP	7,765
	Mínima	19
	Máxima	74
Nacionalidade		
	Afegã	1 (0.4%)
	Alemã	1 (0.4%)
	Angolana	3 (1.3%)
	Brasileira	7 (3.0%)
	Caboverdiana	2 (0.9%)
	Chinesa	3 (1.3%)
	Espanhola	1 (0.4%)
	Guineense	1 (0.4%)
	Indiana	2 (0.9%)
	Nepalesa	8 (3.5%)
	Portuguesa	194 (84.3%)
	Portuguesa/Angolana	2 (0.9%)
	Portuguesa/Brasileira	1 (0.4%)
	Portuguesa/Chinesa	1 (0.4%)
	Portuguesa/Guineense	1 (0.4%)
	Santomense	2 (0.9%)
Etnia		
	Caucasiana	180 (78.3%)
	Asiática	15 (6.5%)
	Africana	31 (13.5%)
	Latinoamericana	1 (0.4%)
	Mista	3 (1.3%)

Tabela 3 (Cont.). *Caraterização da amostra do estudo*

Caraterísticas dos Pais		
N		230
Distrito		
	Vila Real	1 (0.4%)
	Porto	7 (3.0%)
	Aveiro	1 (0.4%)
	Leiria	50 (21.7%)
	Lisboa	165 (71.7%)
	Portalegre	2 (0.9%)
	Setúbal	1 (0.4%)
	Beja	1 (0.4%)
	Faro	2 (0.9%)
Nível de Escolaridade Completo		
	1-4 anos	8 (3.5%)
	5-6 anos	7 (3.0%)
	7-9 anos	56 (24.3%)
	10-12 anos	99 (43.0%)
	Licenciatura	47 (20.4%)
	Mestrado	12 (5.2%)
	Doutoramento	1 (0.4%)
Nível Sociocultural		
	Baixo	71 (30.9%)
	Médio	99 (43.0%)
	Alto	60 (26.1%)

Tabela 3 (Cont.). *Caraterização da amostra do estudo*

Caraterísticas dos Pais		
N		230
Nível Profissional (com base na CPP de 2010 (INE, 2010))		
Nível 0	Profissões das Forças Armadas	3 (1.3)
Nível 1	Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	2 (0.9)
Nível 2	Especialistas de atividades intelectuais e científicas	38 (16.5)
Nível 3	Técnicos e profissões de nível intermédio	14 (6.1)
Nível 4	Pessoal administrativo	15 (6.5)
Nível 5	Trabalhadores de serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	99 (43.0)
Nível 6	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	4 (1.7)
Nível 7	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	22 (9.6)
Nível 8	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	4 (1.7)
Nível 9	Trabalhadores não qualificados	12 (5.2)
Desempregado		17 (7.4)
Acompanhamento Psicológico		
	Já teve	40 (17.4%)
	Está a ter	9 (3.9%)
	Nunca teve	181 (78.7%)
Nº de Filhos (idades compreendidas entre os 5 e os 17 anos)		
	1	144 (62.6%)
	2	73 (31.7%)
	3	11 (4.8%)
	4	1 (0.4%)
	5	1 (0.4%)

Tabela 3 (Cont.). *Caraterização da amostra do estudo*

Caraterísticas dos Pais		
N		230
Idade dos filhos		
1º Filho	M	10,88
	DP	4,227
	Mínima	5
	Máxima	17
2º Filho	M	10,72
	DP	3,734
	Mínima	5
	Máxima	17
3º Filho	M	11,23
	DP	3,320
	Mínima	7
	Máxima	17
4º Filho	M	13,50
	DP	4,950
	Mínima	10
	Máxima	17
5º Filho	M	10,00
	DP	-
	Mínima	10,00
	Máxima	10,00
Sexo dos Filhos		
1º Filho	Masculino	136 (59.1%)
	Feminino	94 (40.9%)
2º Filho	Masculino	46 (20.0%)
	Feminino	40 (17.4%)
3º Filho	Masculino	5 (2.2%)
	Feminino	8 (3.5%)
4º Filho	Masculino	1 (0.4%)
	Feminino	1 (0.4%)
5º Filho	Masculino	1 (0.4%)
	Feminino	-
Acompanhamento psicológico dos filhos		
	Já teve/tiveram	39 (17.0%)
	Está/estão a ter	24 (10.4%)
	Nunca teve/tiveram	167 (72.7%)

Anexo E

Pedido de autorização ao agrupamento de escolas

Pedido de autorização para participação de pais em estudo sobre as expectativas parentais acerca do acompanhamento psicológico dos filhos

Exmo. Senhor Diretor:

No âmbito da elaboração da minha tese de mestrado, orientada pela professora Doutora Isabel de Sá, eu, Vânia Sioga, aluna do 5º ano do curso de Psicologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, encontro-me a realizar, atualmente, um estudo sobre as Expectativas dos Pais acerca do Acompanhamento Psicológico dos Filhos.

Para a prossecução do meu estudo, venho pedir a autorização de V. Ex.^a para que a amostra da presente investigação seja constituída pelos pais de crianças e adolescentes que frequentam as escolas e os jardins-de-infância do vosso agrupamento de escolas. Mais concretamente, o que pretendo, é pedir a colaboração dos pais e das mães para o preenchimento de um questionário que procura avaliar aquilo que os pais esperam do acompanhamento psicológico dos filhos. Tal questionário é totalmente confidencial e anónimo (não sendo pedido aos pais dados sobre eles e os filhos que permitam que eu os identifique), e contempla um tempo de realização que vai dos 10 aos 15 minutos.

Para poderem responder ao questionário, os pais têm de ter uma idade igual ou superior a 18 anos e ter, pelo menos, um(a) filho(a) com uma idade compreendida entre os 5 e os 17 anos (inclusive). Ainda, não é necessário que os filhos se encontrem a frequentar, atualmente, acompanhamento psicológico para os pais participarem no estudo.

Ao colaborarem no meu estudo, todos os pais estarão a ajudar-me a compreender um pouco melhor aquilo que os pais esperam do acompanhamento psicológico dos filhos em termos da psicoterapia com crianças e adolescentes.

Cada participante, assim como vossa excelência, poderão, posteriormente, e caso o desejem, ter acesso aos resultados obtidos no meu estudo, a partir de novembro de 2017. Para tal, apenas terão de pedir-me informações sobre tais resultados através do endereço eletrónico vanciasioga@campus.ul.pt. Sempre que tenham dúvidas acerca da participação no estudo, os participantes e vossas excelências poderão, igualmente, contactar-me através do e-mail anterior.

Agradeço desde já, a vossa atenção,



(Vânia Sioga)

Anexo F

Folha Consentimento Informado

Expectativas parentais sobre o acompanhamento psicológico dos filhos

Informação ao participante e Consentimento Informado

Caro/a participante

O meu nome é Vânia Sioga e frequento o 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. No âmbito da elaboração da minha dissertação de mestrado, sob a orientação da Prof.^a Doutora Isabel de Sá, encontro-me a realizar um estudo que tem como objetivo conhecer as expectativas dos pais sobre o acompanhamento psicológico dos filhos. Para a prossecução do meu objetivo, peço a sua colaboração para o preenchimento de um questionário sobre essas mesmas expectativas, com duração aproximada de 10 a 15 minutos.

Para poder responder a este questionário, **deverá ter, pelo menos, 18 anos, e ter pelo menos, um/a filho/a com uma idade compreendida entre os 5 e os 17 anos (inclusive)**, não sendo necessário que este/a último/a se encontre, atualmente, a receber acompanhamento psicológico.

As suas respostas serão anónimas e servirão unicamente para os objetivos do estudo, pelo que não irei utilizar a sua informação para o avaliar individualmente. Toda a informação apresentada no questionário será disponibilizada unicamente a mim e à minha orientadora, não sendo partilhada com mais ninguém.

A sua participação nesta investigação é completamente voluntária, pelo que pode desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização.

Agradeço a sua colaboração, uma vez que estará a ajudar no aumento do conhecimento sobre aquilo que os pais esperam que aconteça no acompanhamento psicológico dos seus filhos. Esta informação será útil para compreender de que forma é que se deve intervir nas expectativas dos pais, para potenciar a eficácia do acompanhamento psicológico dos filhos.

Caso necessite de alguma informação adicional, como por exemplo, esclarecimento de dúvidas no preenchimento dos questionários, poderá contactar-me durante a aplicação do questionário, através do endereço eletrónico vaniasioga@campus.ul.pt. Para obter informações sobre os resultados deste estudo, poderá contactar-me através do mesmo endereço eletrónico, a partir de novembro de 2017.

☐ Li o presente documento e estou totalmente consciente dos procedimentos e condições de participação neste estudo. Assim, aceito voluntariamente participar no estudo.

Anexo G

Panfletos divulgados para participação online no presente estudo

Quando os filhos vão ao psicólogo, o que pensam os pais?

No âmbito da minha dissertação de mestrado, eu, Vânia Sioga, aluna do 5º ano do curso de Psicologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, convido-o/a a participar num estudo que pretende avaliar as expectativas que os pais (pais e mães) têm acerca do acompanhamento psicológico dos filhos. Mais concretamente, o que lhe peço é que preencha um questionário acerca das expectativas que os pais podem ter sobre o acompanhamento psicológico dos filhos (duração aproximada de 10 a 15 minutos), através do **seguinte link**:

https://ulfp.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV_0pmgGwC01ckEs5y

Para participar, basta que tenha uma idade igual ou superior a 18 anos e que tenha, pelo menos, um(a) filho(a) com uma idade compreendida entre os 5 e os 17 anos, não sendo necessário que os seus filhos estejam, atualmente, a frequentar um acompanhamento psicológico.

As respostas dadas serão confidenciais e anónimas.

Conto com a sua colaboração para juntos contribuírmos para o aumento do conhecimento acerca daquilo que os pais esperam do acompanhamento psicológico dos filhos!

Para mais informações, contactar: **vaniasioga@campus.ul.pt**

Anexo H

Frequências de resposta a cada um dos itens do Questionário de Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia Infantojuvenil (QEPPI).

Tabela 6. *Frequências de resposta a cada um dos itens do Questionário de Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia Infantojuvenil (QEPPI)*

Item/Resposta			
N		230	
1. Acredito que apenas o/a meu/minha filho/a terá sessões com o psicólogo.			
Discordo fortemente		49 (21.3)	
Discordo		58 (25.2)	
Não discordo nem concordo		63 (27.4)	
Concordo		53 (23.0)	
Concordo fortemente		7 (3.0)	
		M	DP
		2,61	1,146
2. Espero que sejam necessárias apenas 3/4 sessões para resolver os problemas do/a meu/minha filho/a.			
Discordo fortemente		32 (13.9)	
Discordo		69 (30.0)	
Não discordo nem concordo		84 (36.5)	
Concordo		41 (17.8)	
Concordo fortemente		4 (1.7)	
		M	DP
		2,63	,998
3. Espero que o psicólogo convença o/a meu/minha filho/a da possível gravidade dos seus problemas.			
Discordo fortemente		14 (6.1)	
Discordo		31 (13.5)	
Não discordo nem concordo		48 (20.9)	
Concordo		112 (48.7)	
Concordo fortemente		25 (10.9)	
		M	DP
		3,45	1,051
4. Espero sentir-me confortável ao falar com o psicólogo do/a meu/minha filho/a.			
Discordo fortemente		3 (1.3)	
Discordo		4 (1.7)	
Não discordo nem concordo		25 (10.9)	
Concordo		138 (60.0)	
Concordo fortemente		60 (26.1)	
		M	DP
		4,08	,744

Tabela 6 (Cont.). *Frequências de resposta a cada um dos itens do Questionário de Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia Infantojuvenil (QEPPI)*

Item/Resposta	N	
	230	
5. Espero que o facto de o/a meu/minha filho/a estar no psicólogo contribua para uma boa relação entre nós.		
Discordo fortemente	4 (1.7)	
Discordo	14 (6.1)	
Não discordo nem concordo	40 (17.4)	
Concordo	133 (57.8)	
Concordo fortemente	39 (17.0)	
	M	DP
	3,82	,845
6. Espero que o psicólogo respeite a confidencialidade das informações que lhe forem dadas.		
Discordo fortemente	3 (1.3)	
Discordo	2 (0.9)	
Não discordo nem concordo	20 (8.7)	
Concordo	74 (32.2)	
Concordo fortemente	131 (57.0)	
	M	DP
	4,43	,794
7. Espero que o psicólogo adote a minha perspetiva do problema e não a do/a meu/minha filho/a.		
Discordo fortemente	24 (10.4)	
Discordo	88 (38.3)	
Não discordo nem concordo	74 (32.2)	
Concordo	37 (16.1)	
Concordo fortemente	7 (3.0)	
	M	DP
	2,63	,975
8. Espero poder participar na definição dos objetivos da intervenção psicológica.		
Discordo fortemente	6 (2.6)	
Discordo	18 (7.8)	
Não discordo nem concordo	55 (23.9)	
Concordo	123 (53.5)	
Concordo fortemente	28 (12.2)	
	M	DP
	3.65	,888

Tabela 6 (Cont.). *Frequências de resposta a cada um dos itens do Questionário de Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia Infantojuvenil (QEPPI)*

Item/Resposta			
N		230	
9. Espero que o/a meu/minha filho/a me conte o que se passa nas sessões de Psicologia.			
Discordo fortemente		11 (4.8)	
Discordo		37 (16.1)	
Não discordo nem concordo		80 (34.8)	
Concordo		82 (35.7)	
Concordo fortemente		20 (8.7)	
		M	DP
		3.27	,993
10. Espero que o psicólogo respeite os meus (ou da minha família) hábitos e/ou costumes culturais.			
Discordo fortemente		4 (1.7)	
Discordo		6 (2.6)	
Não discordo nem concordo		37 (16.1)	
Concordo		137 (59.6)	
Concordo fortemente		46 (20.0)	
		M	DP
		3.93	,788
11. Espero que a minha única responsabilidade seja fazer com que o/a meu/minha filho/a vá às sessões de Psicologia.			
Discordo fortemente		45 (19.6)	
Discordo		90 (39.1)	
Não discordo nem concordo		42 (18.3)	
Concordo		43 (18.7)	
Concordo fortemente		10 (4.3)	
		M	DP
		2,49	1,132
12. Espero que o psicólogo esclareça o/a meu/minha filho/a sobre o motivo da sua ida às sessões de Psicologia.			
Discordo fortemente		4 (1.7)	
Discordo		10 (4.3)	
Não discordo nem concordo		37 (16.1)	
Concordo		137 (59.6)	
Concordo fortemente		42 (18.3)	
		M	DP
		3.88	,814

Tabela 6 (Cont.). *Frequências de resposta a cada um dos itens do Questionário de Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia Infantojuvenil (QEPPI)*

Item/Resposta		
N	230	
13. Espero que a intervenção psicológica me ajude a mim e ao/à meu/minha filho/a a resolver problemas.		
Discordo fortemente	3 (1.3)	
Discordo	4 (1.7)	
Não discordo nem concordo	16 (7.0)	
Concordo	138 (60.0)	
Concordo fortemente	69 (30.0)	
	M	DP
	4,16	,731
14. Acredito que as sessões de Psicologia podem ser mais eficazes do que as minhas próprias tentativas para lidar com os problemas do/a meu/minha filho/a.		
Discordo fortemente	4 (1.7)	
Discordo	17 (7.4)	
Não discordo nem concordo	65 (28.3)	
Concordo	113 (49.1)	
Concordo fortemente	31 (13.5)	
	M	DP
	3,65	,867
15. Espero que o psicólogo me dê conselhos a mim e ao/à meu/minha filho/a.		
Discordo fortemente	1 (0.4)	
Discordo	6 (2.6)	
Não discordo nem concordo	21 (9.1)	
Concordo	158 (68.7)	
Concordo fortemente	44 (19.1)	
	M	DP
	4,03	,653
16. Acredito que a minha participação nas sessões de Psicologia seja importante na intervenção com o/a meu/minha filho/a.		
Discordo fortemente	2 (0.9)	
Discordo	9 (3.9)	
Não discordo nem concordo	48 (20.9)	
Concordo	135 (58.7)	
Concordo fortemente	36 (15.7)	
	M	DP
	3.84	,760

Tabela 6 (Cont.). *Frequências de resposta a cada um dos itens do Questionário de Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia Infantojuvenil (QEPPI)*

Item/Resposta			
N		230	
17. Espero que os problemas do/a meu/minha filho/a sejam resolvidos de uma vez por todas nas sessões de Psicologia.			
Discordo fortemente		7 (3.0)	
Discordo		31 (13.5)	
Não discordo nem concordo		86 (37.4)	
Concordo		90 (39.1)	
Concordo fortemente		16 (7.0)	
		M	DP
		3,33	,904
18. Espero que o psicólogo faça atividades de caráter lúdico com o/a meu/minha filho/a.			
Discordo fortemente		2 (0.9)	
Discordo		8 (3.5)	
Não discordo nem concordo		77 (33.5)	
Concordo		132 (57.4)	
Concordo fortemente		11 (4.8)	
		M	DP
		3,62	,675
19. Acredito que as sessões de Psicologia valem a pena o investimento.			
Discordo fortemente		2 (0.9)	
Discordo		6 (2.6)	
Não discordo nem concordo		52 (22.6)	
Concordo		129 (56.1)	
Concordo fortemente		41 (17.8)	
		M	DP
		3,87	,757
20. Espero que as sessões de Psicologia ajudem no crescimento pessoal do/a meu/minha filho/a.			
Discordo fortemente		1 (0.4)	
Discordo		3 (1.3)	
Não discordo nem concordo		26 (11.3)	
Concordo		154 (67.0)	
Concordo fortemente		46 (20.0)	
		M	DP
		4,05	,635

Tabela 6 (Cont.). *Frequências de resposta a cada um dos itens do Questionário de Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia Infantojuvenil (QEPPI)*

Item/Resposta			
N		230	
21. Espero que o psicólogo saiba como ajudar-me a mim e ao/à meu/minha filho/a.			
Discordo fortemente		1 (0.4)	
Discordo		3 (1.3)	
Não discordo nem concordo		17 (7.4)	
Concordo		154 (67.0)	
Concordo fortemente		55 (23.9)	
	M	DP	
	4,13	,625	
22. Espero que o/a meu/minha filho/a revele pensamentos e/ou sentimentos seus ao psicólogo, que não revela a mais ninguém.			
Discordo fortemente		5 (2.2.)	
Discordo		22 (9.6)	
Não discordo nem concordo		50 (21.7)	
Concordo		125 (54.3)	
Concordo fortemente		28 (12.2)	
	M	DP	
	3,65	,893	
23. Espero que haja um trabalho conjunto entre mim, o/a meu/minha filho/a e o psicólogo.			
Discordo fortemente		-	
Discordo		4 (1.7)	
Não discordo nem concordo		21 (9.1)	
Concordo		140 (60.9)	
Concordo fortemente		65 (28.3)	
	M	DP	
	4,16	,649	
24. Espero que o/a meu/minha filho/a ganhe alguma experiência em novas formas de resolver os seus problemas nas sessões de Psicologia.			
Discordo fortemente		-	
Discordo		2 (0.9)	
Não discordo nem concordo		16 (7.0)	
Concordo		153 (66.5)	
Concordo fortemente		59 (25.7)	
	M	DP	
	4,17	,578	

Tabela 6 (Cont.). *Frequências de resposta a cada um dos itens do Questionário de Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia Infantojuvenil (QEPPI)*

Item/Resposta		
N	230	
25. Espero que o psicólogo me contacte para me pôr a par dos progressos do/a meu/minha filho/a.		
Discordo fortemente	-	
Discordo	5 (2.2)	
Não discordo nem concordo	23 (10.0)	
Concordo	145 (63.0)	
Concordo fortemente	57 (24.8)	
	M	DP
	4,10	,652
-		
26. Espero ganhar alguma experiência em novas formas de resolver os problemas do/a meu/minha filho/a através das sessões de Psicologia.		
Discordo fortemente	-	
Discordo	5 (2.2)	
Não discordo nem concordo	21 (9.1)	
Concordo	160 (69.6)	
Concordo fortemente	44 (19.1)	
	M	DP
	4,06	,607
27. Espero que o psicólogo demonstre empatia para comigo e com o/a meu/minha filho/a.		
Discordo fortemente	1 (0.4)	
Discordo	7 (3.0)	
Não discordo nem concordo	29 (12.6)	
Concordo	134 (58.3)	
Concordo fortemente	59 (25.7)	
	M	DP
	4,06	,737
28. Espero que seja estabelecida uma relação de confiança entre o/a meu filho/a e o psicólogo para que o/a meu/minha filho/a se sinta à vontade para falar.		
Discordo fortemente	1 (0.4)	
Discordo	2 (0.9)	
Não discordo nem concordo	16 (7.0)	
Concordo	127 (55.2)	
Concordo fortemente	84 (36.5)	
	M	DP
	4,27	,664

Tabela 6 (Cont.). *Frequências de resposta a cada um dos itens do Questionário de Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia Infantojuvenil (QEPPI)*

Item/Resposta		
N	230	
29. Espero que o/a meu/minha filho/a possa dizer o que lhe apetecer nas sessões de Psicologia.		
Discordo fortemente	2 (0.9)	
Discordo	11 (4.8)	
Não discordo nem concordo	42 (18.3)	
Concordo	121 (52.6)	
Concordo fortemente	54 (23.5)	
	M	DP
	3,93	,828
30. Acredito que para o/a meu/minha filho/a melhorar, através das sessões de Psicologia, vai ter de mudar muito.		
Discordo fortemente	8 (3.5)	
Discordo	41 (17.8)	
Não discordo nem concordo	118 (51.3)	
Concordo	53 (23.0)	
Concordo fortemente	10 (4.3)	
	M	DP
	3,07	,049
31. Acredito que vou saber tudo o que acontece ao/à meu/minha filho/a nas sessões de Psicologia.		
Discordo fortemente	9 (3.9)	
Discordo	60 (26.1)	
Não discordo nem concordo	87 (37.8)	
Concordo	63 (27.4)	
Concordo fortemente	11 (4.8)	
	M	DP
	3,03	,941
32. Espero que o psicólogo seja alguém em quem eu e o/a meu/minha filho/a possamos confiar verdadeiramente.		
Discordo fortemente	2 (0.9)	
Discordo	6 (2.6)	
Não discordo nem concordo	18 (7.8)	
Concordo	123 (53.5)	
Concordo fortemente	81 (35.2)	
	M	DP
	4.20	,760

Tabela 6 (Cont.). *Frequências de resposta a cada um dos itens do Questionário de Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia Infantojuvenil (QEPPI)*

Item/Resposta			
N		230	
33. Espero que o psicólogo me diga o que fazer para ajudar o/a meu/minha filho/a.			
Discordo fortemente		-	
Discordo		3 (1.3)	
Não discordo nem concordo		22 (9.6)	
Concordo		146 (63.5)	
Concordo fortemente		59 (25.7)	
		M	DP
		4,13	,623
34. Espero que o psicólogo me explique o que está mal com o/a meu/minha filho/a.			
Discordo fortemente		1 (0.4)	
Discordo		4 (1.7)	
Não discordo nem concordo		32 (13.9)	
Concordo		146 (63.5)	
Concordo fortemente		47 (20.4)	
		M	DP
		4,02	,674
35. Espero que o psicólogo me respeite a mim e ao/à meu/minha filho/a enquanto pessoas.			
Discordo fortemente		-	
Discordo		2 (0.9)	
Não discordo nem concordo		11 (4.8)	
Concordo		108 (47.0)	
Concordo fortemente		109 (47.4)	
		M	DP
		4,41	,625
36. Espero notar mudanças no/a meu/minha filho/a assim que as sessões de Psicologia começarem.			
Discordo fortemente		3 (1.3)	
Discordo		42 (18.3)	
Não discordo nem concordo		76 (33.0)	
Concordo		88 (38.3)	
Concordo fortemente		21 (9.1)	
		M	DP
		3,36	,927

Tabela 6 (Cont.). *Frequências de resposta a cada um dos itens do Questionário de Expectativas Parentais acerca da Psicoterapia Infantojuvenil (QEPPI)*

Item/Resposta			
N		230	
37. Espero que o comportamento do/a meu/minha filho/a se altere pela ida às sessões de Psicologia.			
Discordo fortemente		-	
Discordo		9 (3.9)	
Não discordo nem concordo		62 (27.0)	
Concordo		131 (57.0)	
Concordo fortemente		28 (12.2)	
		M	DP
		3,77	,706
38. Espero que a intervenção psicológica seja útil.			
Discordo fortemente		-	
Discordo		9 (3.9)	
Não discordo nem concordo		62 (27.0)	
Concordo		131 (57.0)	
Concordo fortemente		28 (12.2)	
		M	DP
		4,28	,606
39. Espero que o psicólogo goste de mim e do/a meu/minha filho/a.			
Discordo fortemente		3 (1.3)	
Discordo		7 (3.0)	
Não discordo nem concordo		77 (33.5)	
Concordo		104 (45.2)	
Concordo fortemente		39 (17.0)	
		M	DP
		3,73	,822